आदिवासी क्षेत्रों में मातृत्व स्वास्थ्य और पोषण

गोड्डा, झारखण्ड से "फैक्ट फाइन्डिंग मिशन" की रिपोर्ट

एन.ए.एम.एच.आर, भारत और
तोरंग ट्रस्ट, रांची

15559
CLIC
SOPHEA

SOCHARA
Community Health
Library and Information Centre (CLIC)
Community Health Cell
85/2, 1st Main, Maruthi Nagar,
Madiwala, Bengaluru - 560 068.
Tel : 080 - 25531518
email : clic@sochara.org / chc@sochara.org
www.sochara.org

आदिवासी क्षेत्रों में मातृत्व स्वास्थ्य और पोषण

गोड्डा, झारखण्ड से ''फैक्ट फाइन्डिंग मिशन'' की रिपोर्ट

20–23 नवंबर 2013

एक रिपोर्ट
अप्रैल 2014

नेशनल अलायंस फॉर मेटर्नल हेल्थ एण्ड ह्यूमन राइट
(एन.ए.एम.एच.एच.आर.), भारत
और
तोरंग ट्रस्ट, रांची।

प्रकाशनः

सहयोग,

ए–240, इन्दिरानगर, लखनऊ, 226016, उत्तर प्रदेश, भारत।

फोनः– +91–522–310747, 2310860,

फैक्सः– +91–5222341319

वेबसाइटः– www.sahayogindia.org

साझेदारीः

नेशनल अलायंस फॉर मेटर्नल हेल्थ एण्ड ह्यूमन राइट (एन.ए.एम.एच.एच.आर.), भारत

सहयोगीः

जशोधरा दासगुप्ता, अभिजीत दास, देविका विस्वास, वासवी कीरो, सौमिक बनर्जी, अजय लाल और मो. सरफराज़ अली।

मुख्य संपादकः

जशोधरा दासगुप्ता

हिन्दी अनुवादः

एकता सिंह व रवी शेखर

सह संपादकः

शिशिर चन्द्र, सुनीता सिंह व संगीता सिंह

आवरण और पृष्ठ संयोजनः

अंजु साह

द एशियन पैसिफिक एण्ड रिसर्च सेन्टर फार विमेन (ए.आर.आर.ओ.डब्लू), मलेशिया के सहयोग से मुद्रित।

नीजी वितरण हेतु।

घोषणाः

जानकारी देकर, गैर व्यावसायिक कारणों से इस रिपोर्ट का पूरा अथवा वांछित हिस्सों का, पुनः प्रकाशन अथवा पुनः वितरण किया जा सकता है।

Community Health Library and Information Centre (CLIC)
CPHE - SOCHARA
Koramangala
Bangalore - 34

WH-110 P14

15357

विषय सूची

प्रस्तावना और आभार

1.क्षेत्र की पृष्ठभूमिः– 8–12

अ) झारखण्ड राज्य तथा गोड्डा जिले का परिचय,
ब) क्षेत्र में कार्यरत सामाजिक समूहों का विवरण
स) झारखण्ड के गोड्डा जिले में मातृत्व स्वास्थ्य

2.फैक्ट फाइन्डिंग मिशन (एफ.एफ.एम.) की कार्यप्रणालीः– 13–16

अ) एफ.एफ.एम. दल का संयोजन
ब) झारखण्ड सरकार को सूचना
स) फील्ड वर्क और उत्तरदाता
द) प्रश्न संग्रह
ई) एफ.एफ.एम. रिपोर्ट की सीमाएं (और कार्यप्रणाली)

3.प्राप्त तथ्यः– 17–37

अ) स्थान और लोग
ब) समुदाय में मौजूद स्वास्थ्य सेवाओं की वर्तमान स्थिति
स) केन्द्रों पर मौजूद स्वास्थ्य सेवाओं की वर्तमान स्थिति
द) स्वास्थ्य विभाग द्वारा चिन्हित् चुनौतियाँ
ई) स्वास्थ्य विभाग की योजनाएं

4.विमर्शः– 38–43

अ) क्या सेवाएं उपलब्ध हैं?
ब) क्या सेवाओं तक जनता की पहुँच है?
स) क्या सेवाएं स्वीकार्य हैं?
द) क्या सेवाएं उच्च गुणवत्ता वाली हैं?

5. परिणाम एवं सिफारिशें 44–53

6. अनुलग्नक

प्रस्तावना

नेशनल अलायंस फॉर मेटर्नल हेल्थ एण्ड ह्युमन राइट (एन.ए.एम.एच.एच.आर.) भारत के 14 राज्यों में कार्यरत उन 36 संगठनों को मिला कर बना एक गठबंधन है, जो भारत में निवासरत सभी वंचित महिलाओं को उच्चस्तर स्तर की मातृत्व स्वास्थ्य सुविधाएं दिलाने के लिए समर्पित है। एन.ए.एम.एच. एच. आर. के सदस्य बड़वानी (म.प्र.), भरूच (गुजरात), बिलासपूर (छत्तीसगढ़), गोड्डा (झारखण्ड), मिर्जापुर (उ.प्र.) समेत अन्य स्थानों पर आदिवासी महिलाओं के मातृत्व स्वास्थ्य के मुद्दों पर दशकों से कार्यरत हैं। मध्य प्रदेश के बड़वानी जिले के जिला अस्पताल में गर्भावस्था अथवा प्रसव के दौरान हुई कई मौतों के मामले में दोशियों की जवाबदेही तय कराने के लिए अन्य नागरिक समाज संगठनों और नेटवर्कों के साथ मिलकर एन.ए.एम.एच.एच.आर. काफी सक्रिय रहा। हाल में, इकोनौमिक एण्ड पोलिटिकल वीकली में छपे आलेख में झारखण्ड के गोड्डा जिले में एक वर्ष के अन्दर हुए कुल 23 मातृत्व–मृत्यु के मामलों को रेखांकित किया गया है, जिनमें ज्यादातर खासतौर से संरक्षित आदिवासी समुहों (पी.टी.जी.) की गरीब युवा महिलाएं थीं। (स्टेयर वे टू डेथः मैटर्नल मोर्टेलिटी बियोन्ड नम्बर्स, बैनरजी एट अल, ई पी डब्लू 3 अगस्त अंक XLVIII] संख्या 31, 2013)। इसके बाद "द हिन्दू" में एक लेख प्रकाशित हुआ, जिसका स्वतः संज्ञान लेते हुए राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग ने झारखण्ड सरकार को जाँच हेतु आदेशित भी किया। (व्येयर विमेन फेस डेथ ड्यूरिंग चाइल्ड बर्थ, अगस्त 9, 2013) | (http://nhrc.nic.in/disparchive.asp?f no= 12978, Ref 1177/34/9/2013)

यह गठबंधन आदिवासी इलाकों में मातृत्व स्वास्थ्य की परिस्थितियों के बारे में एक बेहतर समझ पैदा करने हेतु संकल्पित है। प्राथमिक पहल के रूप में एन.ए.एम.एच.एच.आर. को यह महसूस हुआ कि झारखण्ड के गोड्डा जिले में एक तथ्य अन्वेशी मिशन के माध्यम से न केवल मातृत्व स्वास्थ्य की स्थिति समझी जा सकती है बल्कि स्वास्थ्य से सम्बन्धित विभिन्न सामाजिक संकेतकों के प्रभाव का पता भी लगाया जा सकता है। ऐसी आशा है कि यह संक्षिप्त रिपोर्ट उन परिस्थितियों को जानने, समझनें में मददगार साबित होगी जिनमें वंचित आदिवासी क्षेत्रों की महिलाएं गर्भावस्था और प्रसव के दौरान रहने को बाध्य हैं, और यह भी उम्मीद है कि रिपोर्ट की सिफारिशें नीति निर्माताओं और कार्यक्रम प्रबंधकों के लिए उपयोगी होगी।

यह रिपोर्ट आज खास तौर से प्रासंगिक है, जबकि भारत में आदिवासी समुदायों की स्थिति और देश के आदिवासी क्षेत्रों में सेवा प्रदाय को बेहतर बनाने के लिए भारत सरकार द्वारा 2 कमेटियाँ भी बनाई गई हैं, जो उपरोक्त दोनों मसलों पर अपनी सिफारिशें केन्द्र सरकार को देंगीं। प्रधानमंत्री कार्यालय द्वारा एक उच्च स्तरीय कमेटी गठित की गई है, जो भारत में निवासरत आदिवासी समुदायों के सामाजिक, आर्थिक, स्वास्थ्य और शैक्षणिक अवस्था पर अपनी रिपोर्ट सौंपेगी (आई.डी. न0–560/51/C/15/2012- ई एस. 2 दिनांक 14 अगस्त 2012)।

आदिवासी मामलों के मंत्रालय द्वारा प्रविष्टियॉ आमन्त्रित की गईं हैं, जिनमें नितिगत सिफारिशों के साथ साथ सेवा प्रदाय को बेहतर बनाने के लिए नतीजों पर आधारित प्रभावी तरीकों के बारें में पूछा गया है। इसके अलावा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा डॉ. अभय नारंग (एस.ई.ए.आर.सी.एच., गढ़चिरौली) के नेतृत्व में एक विशेषज्ञों की कमेटी गठित की गई है, जो आदिवासी समुदाय में बेहतर स्वास्थ्य सेवाओं की चुनौतियों की पड़ताल करेगी, ताकि उन्हें उचित, सुगम और उच्च गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया हो सकें।

इस रिपोर्ट का प्रारम्भिक ड्राट 17–18 फरवरी 2014 को ही झारखण्ड के माननीय स्वास्थ्य मंत्री, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के निदेशक, स्वास्थ्य सेवाओं के निदेशक, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य प्रभारी अधिकारी, युनिसेफ के मातृत्व स्वास्थ्य सलाहकार समेत झारखण्ड के विभिन्न वरिष्ठ स्वास्थ्य अधिकारियों के साथ साझा की जा चुकी है। अधिकारियों ने एन.ए.एम.एच.एच.आर. के प्रयासों की सराहना की जिससे कि आदिवासी महिलाओं की स्थिति का संज्ञान लिया जा सका। उन्होंने वर्तमान स्वास्थ्य की कुछ कमियों को भी स्वीकार किया और नियमित रूप से सामने आने वाली चुनौतियों एवं बाधाओं का भी जिक्र किया।

एफ.एफ.एम. टीम झारखण्ड सरकार के अधिकारियों द्वारा किये गये सहयोग की आभारी है, साथ ही सभी कार्यक्रम प्रबंधकों (सेवा प्रदाताओं) की भी आभारी है जिनसे यात्रा के दौरान मुलाकात हुयी।

हम एन.ए.एम.एच.एच.आर. के उन सभी साझादार साथियों के भी शुक्रगुजार हैं, जिन्होने समय समय पर उत्साहवर्धन किया और व्यावहारिक सुझाव दिए जिससे हम प्राप्त नतीजों के सामूहिक स्वामित्व की ओर आत्मविश्वास के साथ आगे बढ़ सके। हम खासतौर से झारखण्ड में कार्यरत एन. ए.एम.एच.एच.आर. के साथियों को धन्यवाद देना चाहते हैं, जिन्होने यात्रा के पूर्व, यात्रा के दौरान और यात्रा के बाद भी सहयोग किया।

हम इस रिपोर्ट लेखन में नेशनल अलायंस फॉर मेटर्नल हेल्थ एण्ड ह्युमन राइट सचिवालय के द्वारा दी गई मदद के लिए, और सहयोग और सेन्टर फॉर हेल्थ एण्ड सोशल जस्टिस के स्टाफ को सम्पादकीय मदद के लिए विशेष रूप से धन्यवाद देते हैं।

किन्तु अन्त में, सबसे महत्वपूर्ण रूप से हम ग्रामीण समुदाय की महिलाओं के धैर्य और उनके द्वारा बरते गये आतिथ्य के लिए उन्हे सलाम करते हैं, अपनी मातृत्व स्वास्थ्य एवं पोषण सम्बंधी बातें हमसे साझा करने के लिए हम उनके प्रति अपनी गहरी कृतज्ञता अभिव्यक्त करते हैं।

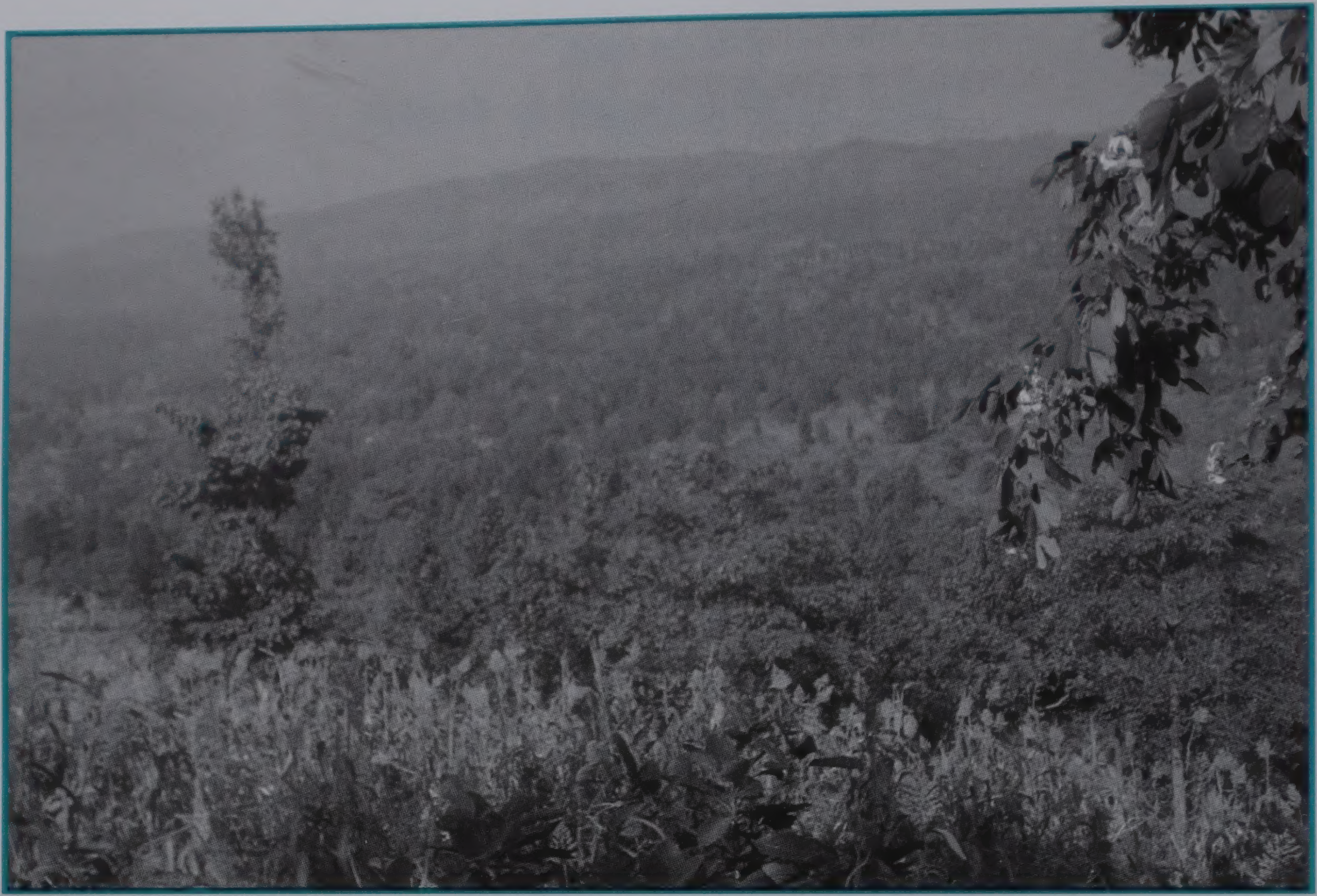
एकात्मता के साथ,
जशोधरा दासगुप्ता,
अभिजीत दास,
देविका विस्वास,
वासवी कीरो,
सौमिक बनर्जी,
अजय लाल,
मो. सरफराज़ अली,

एन.ए.एम.एच.एच.आर. के एफ.एफ.एम. के सदस्य (20–23 नवम्बर 2013) ।

शब्द संग्रह
संकेतकों के विस्तृत नामों की सूची

ए.ए.वाई.	अन्त्योदय अन्न योजना, भारत में अत्यंत गरीब परिवारों को कम कीमत पर अनाज उपलब्ध कराने की योजना।
ए.सी.एम.ओ.	अतिरिक्त मुख्य चिकित्सा अधिकारी
ए.जी.सी.ए.	सामुदायिक कार्यवाही के लिए सलाहकार समूह जिसे एन.आर.एच.एम. के अन्तर्गत बनाया गया।
ए.एच.एस.	वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण जो हाल के वर्षों में भारत के चुनिन्दा राज्यों में खराब स्वास्थ्य संकेतकों के साथ किया गया।
ए.एन.सी.	प्रसव पूर्व देखभाल
ए.एन.एम.	सहायक नर्स मिडवाईफ
आशा	मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता
ए.डब्लू.सी.	आंगनवाड़ी केन्द्र
ए.डब्लू.डब्लू.	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता
आयूष	आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, युनानी, सिद्ध और होमियोपैथी
बी.डी.एस.	दन्त चिकित्सा में स्नातक
बी.एम.सी.	बिहार मेडिकल कॉलेज
बी.एम.आई.	बॉडी मास इनडेक्स (शरीर द्रव्यमान सूचकांक)
बी.पी.	रक्तचाप
बी.पी.एम.ओ.	बजट योजना और प्रबंधन अधिकारी, जो सी.एच.सी. में तैनात होता है।
सी.सेक्शन्स	सिजेरियन सेक्शन
सी.एच.सी.	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र
सी.एस.	सिविल सर्जन
डी.सी.	जिला अधिकारी
डी.एच.	जिला अस्पताल
ई.सी.एल.	ईस्टर्न कोलफिल्ड लिमिटेड
एम.ओ.सी.	आपातकालीन प्रसव देखभाल
ई.एम.आर.आई.	आपातकालीन प्रबंधन एवं शोध संस्थान जो 108 एम्बुलेंस सेवा का संचालन करता है।
ई.पी.डब्लू.	ईकोनोमिक एण्ड पोलिटिकल विकली
एफ.एफ.एम.	फैक्ट फाइण्डिंग मिशन
एफ.जी.डी.	केन्द्रित समूह चर्चा
एफ.एल.डब्लू.	फ्रण्टलाइन वर्कर
एफ.आर.यू.	प्रथम सन्दर्भन केन्द्र
एच.ई.डी.ए.एन.	होडोपैथी एथनों–मेडिसिन डाक्टर्स एशोसिएशन ऑफ ईण्डिया
एच.एस.सी.	स्वास्थ्य उप केन्द्र
आई.सी.डी.एस.	एकीकृत बाल विकास सेवाएं
आई.ई.सी.	सूचना शिक्षा और संचार

आई.एफ.ए.	आयरन फोलिक एसिड
जे.एस.एस.के.	जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम
जे.एस.वाई.	जननी सुरक्षा योजना
एम.सी.एच.भागलपुर	भागलपुर मेडिकल कॉलेज और अस्पताल, बिहार
एम.सी.एच.	मातृ और शिशु स्वास्थ्य
एम.सी.टी.एस.	मदर एण्ड चाईल्ड ट्रेकिंग सिस्टम (मातृ शिशु निगरानी प्रणाली)
एम.डी.	मिशन निदेशक, एन.आर.एच.एम.
एम.डी.एम.	स्कूलों में दिया जाने वाला मध्याह्न भोजन
एम.डी.आर.	मातृ मृत्यु समीक्षा
मनरेगा	महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी कानून
एम.ओ.आई.सी.	प्रभारी चिकित्सा अधिकारी
एम.ओ.एच.ओ.डब्लू.	स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय
एन.ए.एम.एच.एच.आर.	नेशनल अलायंस फार मेटर्नल हेल्थ एण्ड ह्यूमन राइट
एन.बी.एस.यू.	नवजात रोग ईकाई
एन.जी.ओ.	गैर सरकारी संगठन
एन.एम.बी.एस.	राष्ट्रीय मातृत्व पात्रता योजना
एन.आर.एच.एम.	राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन
ओ.बी.सी.	अन्य पिछड़ा वर्ग
ओ.पी.डी.	वाह्य रोग विभाग
पी.डी.एस.	जन वितरण प्रणाली
पी.एच.सी.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
पी.एम.ओ.	प्रधानमंत्री कार्यालय
पी.पी.एच.	प्रसवोत्तर रक्तश्राव
पी.वी.टी.जी.	विशेष रूप से कमजोर जनजातीय समूह
आर.सी.एच.	प्रजनन और बाल स्वास्थ्य
आर.के.एस.	रोगी कल्याण समिति
आर.एम.पी.	पंजीकृत चिकित्सक
आर.एस.बी.वाई.	राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना
एस.बी.ए.	कुशल प्रसव सहायिका
एस.एच.जी.	स्वयं सहायता समूह
एस.एन.पी.	पूरक पोषण कार्यक्रम
टी.बी.ए.	पारम्परिक प्रसव सहायिका
टी.एच.आर.	आंगनवाड़ी केन्द्रों पर घर ले जाने के लिए दिया जाने वाला अनाज
टी.टी.	टिटनस टॉक्सोएड
यूनीसेफ	संयुक्त राष्ट्र अन्तर्राष्ट्रीय बाल अपातकालीन नीधि
वी.एच.एन.डी.	ग्रामीण स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस
वी.एच.एस.सी. /	ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति
वी.एच.एस.एन.सी.	ग्रामीण स्वास्थ्य, स्वच्छता एवं पोषण समिति



1. क्षेत्र की पृष्ठभूमि

अ) झारखण्ड और गोड्डा जिले का परिचय :–

भारतीय संघ का 28वां राज्य झारखण्ड 15 नवम्बर 2000 को बिहार पुनर्गठन कानून के तहत अस्तित्व में आया। राज्य के 29 प्रतिशत भू–भाग पर जंगल का विस्तार हैं, जो कि भारत के किसी अन्य राज्य की तुलना में सबसे ज्यादा है। इस क्षेत्र में ज्यादातर पहाड़ियॉं हैं, और जंगल भी ज्यादातर लोगों के पहुँच के बाहर हैं। यह खनिज का भी विशाल भण्डार है। इस राज्य में निवासरत आदिवासी समाज अनेकों संरक्षित आदिवासी समुदायों व अन्य आदिवासी समुहों से मिलकर बना है, और पिछले कुछ दशकों को छोड़ दें, तो उन्होने अपनी जीवनषैली सैकड़ो वर्शो से एक समान बनाए रखी है।

आदिम जनजातियां :– असुर, बिराजिया, कोरबा, माल पहरिया, परहिया, साबर (पहाड़ी खरिया) और सौरिया पहरिया।

अन्य आदिवासी समुदाय :– बन्जारा, बघुरी, बेदिया, बिगा, बिन्झिया, कीरो, चिक, बरैक, गोंड, गोरैट, हो, करमाली, खड़िया, खरवार, खोंड, किसान, लोहरा, मंडी, मुंडा, ओराओं और संथाल।
गोड्डा जिला झारखण्ड के संथाल परगना डिवीजन का अंग है जहां आदिवासियों की बहुलता है।

इस जिले में कुल 8 ब्लॉक हैं जिनमें कुल 2,304 गांव हैं। इनमें से कुछ ब्लॉकों में कृषि के लिए अच्छी मानी जाने वाली कछार मिट्टी है, सड़के अच्छी हैं और इन ब्लॉकों में मूल रूप से अन्य पिछड़े वर्ग, अल्पसंख्यक और बहुत छोटी संख्या में आदिवासी समुदाय निवासरत है। (सुन्दर पहरी आदि) अन्य पिछड़े ब्लॉकों में पहाड़ी क्षेत्र हैं, जहां पहरिया जैसे अति वंचित आदिवासी समुदाय सहज रूप से निवासरत हैं और ज्यादातर घर कहीं कहीं उपस्थित सड़कों से भी कटे हुए हैं।

तालिका–1 : झारखण्ड राज्य और गोड्डा जिले का आधारभूत जनसांख्यिकीय आकड़ा

क.स.	सूचक	झारखण्ड	गोड्डा
1	कुल जनसंख्या (जनगणना 2010–11)	32,966,238	32,966,238
2	अपरिपक्व जन्म दर (ए.एच.एस. 2010–11 झारखण्ड)	23.7	23.6
3	अपरिपक्व मृत्यु दर (ए.एच.एस. 2010–11 झारखण्ड)	6.1	7.2
4	कुल प्रजनन दर (ए.एच.एस. 2010–11 झारखण्ड)	3.1	3.2
5	नवजात मृत्यु दर (ए.एच.एस. 2010–11 झारखण्ड)	41	64
6	मातृ मृत्यु दर[1] (ए.एच.एस. 2010–11 झारखण्ड)	27	
7	लिंग अनुपात (ए.एच.एस. 2010–11 झारखण्ड)	942	923
8	महिला साक्षरता दर (:) (जनगणना 2010–11)	56.21	44.90
9	अनुसुचित जाति आबादी (जनगणना 2010–11)	3,985,644	115,567
10	अनुसुचित जाति आबादी (:) (जनगणना 2010–11)	12.09	8.81
11	अनुसुचित जनजाति आबादी (जनगणना 2010–11)	864,5042	279,208
12	अनुसुचित जनजाति आबादी (:) (जनगणना 2010–11)	26.22	21.29

ब) क्षेत्र में रह रहे सामाजिक समूहों का विवरणः–

सुन्दरपहरी ब्लाक में पूर्णरूप से ग्रामीण आबादी रहती है, जिनमें 79 प्रतिशत अनुसुचित जनजातिय समाजों की आबादी है। सुन्दरपहरी के कुल 208 गावों में 125 गांव ऐसे हैं जहां विशेष रूप से कमजोर जनजातिय समूह (पी.वी.टी.जी.) निवासरत हैं। सुन्दरपहरी ब्लाक में लगभग 50 प्रतिशत भूमि पहाड़ी है और उस पर जंगल का विस्तार है। सुन्दरपहरी की साक्षरता दर 27 प्रतिशत है और कृषि यहां रहने वाले लोगों का मुख्य पेशा है। इन इलाकों में मृत्युदर और रोगों की संख्या ज्यादा है क्योंकि गुणवत्ता युक्त स्वास्थ्य सेवाएं यहां पहुँच के बाहर हैं। साथ ही, यहां रहने वाली जनता के बीच स्वास्थ्य एवं पोषण के सवालों पर जागरूकता की कमी भी समस्याओं को बढ़ाने में भागीदार है। (बैनर्जी एट अल 2013)

सुन्दरपहरी संथाल और पहरिया आदिवासियों का निवास स्थान है। पहरिया आदिवासी इस क्षेत्र के मूल निवासी हैं, जिनकी कुल आबादी वर्तमान में 13,169 है (जनगणना 2001)। इस क्षेत्र में ऐसे आदिम जनजातिय समूह (पी.टी.जी.)[2] सबसे ज्यादा पिछड़े हैं जिन्हें आज तक किसी प्रकार की सुविधा

1. 2007–09 में सरकार द्वारा किये सर्वेक्षण के अनुसार बिहार और झारखण्ड में मातृत्व मृत्यूदर (प्रति 100000 जीवित जन्म पर) 261 रही। (भारत में मातृत्व मृत्यु पर विशेष बुलेटिन, सैम्पल रजिस्ट्रशन सिस्टम, रजिस्ट्रार जनरल का कार्यालय, भारत)
2. झारखण्ड में 9 आदिम जनजातिय समूह निवास करते हैं। जिनमें साओरी और पहरिया सबसे बड़े समूह हैं।

प्राप्त नहीं हो सकी है। अत्यंत गरीबी में, पहाड़ियों पर निवासरत ये समूह सेवाओं की पहुँच से बाहर, निम्न साक्षरता स्तर और खराब पोषण स्तर पर जीवन व्यतीत कर रहें हैं। इन गावों में मलेरिया व अन्य संक्रामक रोगों का भी प्रकोप ज्यादा है। झारखण्ड राज्य के नवजात मृत्यु दर (41) की तुलना में गोड्डा जिले की नवजात मृत्यु दर 64 है (वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण 2010–11); राज्य की तुलना में जिले की नवजात मृत्यु दर तीन गुनी है।

संथाल ज्यादातर मैदानी भूभाग में निवासरत हैं। अन्य वन उत्पाद जुटाने के साथ साथ, संथाल धान की खेती और टसर रेशम कीट पालन का काम करते हैं। पहरिया आदिवासी पहाड़ियों की ढ़लान पर दाल और बाजरे की चक्रिय खेती करते हैं। साथ ही अन्य वन उत्पादों को एकत्र कर बेचने का कार्य भी करते हैं। कृषि वर्षा पर आधारित है। पहाड़ियों पर कहीं भी सिंचाई की सुविधा नहीं है। लगातार कम होते वन क्षेत्र के कारण वन उत्पादों की मात्रा भी कम होती जा रही है, जिससे इन आदिवासी समाजों का जीवनयापन और भी कठिन होता जा रहा है।

महात्मा गांधी ग्रामीण रोजगार गारण्टी कानून (मनरेगा) इस क्षेत्र में लगभग लगभग प्रभावहीन है। जागरूकता की कमी और संचालन की कठिनाईयों के कारण ज्यादातर परिवारों के पास आज तक जॉब कार्ड नहीं है। मानदेय के भुगतान के जटिल तरीकों ने पहरिया आदिवासियों को इस योजना से दूर कर दिया है, जिससे ये आदिवासी और भी गरीब होते जा रहें हैं। जम्मू और कश्मीर, मुंबई, गुजरात, पूर्वोत्तर, पश्चिम बंगाल आदि जगहों पर काम की तलाश में इनका पलायन भी हो रहा है।

बाहुसंख्यक पहरिया परिवार अपनी खाद्य जरूरतों का लगभग आधा ही अपने खेतों से प्राप्त करते हैं। बच्चों के साथ साथ वयस्कों में भी मौजूद अत्यधिक कुपोषण दर[3] में यह तथ्य दिखता भी है। अन्त्योदय अन्न योजना एकमात्र

3. 2008 में पहरिया बहुल क्षेत्रों में राष्ट्रीय स्वास्थ्य दिवसों पर 21 एकीकृत बाल विकास सेवा केन्द्रों पर एस. बैनर्जी व अन्य के द्वारा सर्वेक्षण किया गया और यह पाया गया कि 56 प्रतिशत पहरिया बच्चों का वजन कम है जबकि 26 प्रतिशत गंभीर रूप से कुपोषण के शिकार हैं। लगभग सभी महिलाएं एनीमिया से ग्रसित हैं और 67 प्रतिशत से ज्यादा महिलाओं का शरीर द्रव्यमान शुचकांक 18 से कम है।

ऐसा सरकारी कार्यक्रम है जो इस क्षेत्र में कुछ हद तक सन्तुष्टिजनक है, जबकि अभी भी अनेकों ऐसे घर हैं जो योग्य होने के बावजूद भी अन्त्योदय अन्न योजना कार्ड से वंचित हैं। जन वितरण प्रणाली की दुकानें गांव से दूर (खासतौर से पहाड़ियों पर) स्थित हैं। इन दुकानों में वस्तुओं के नाप तौल आदि में बेइमानी का बोलबाला है, साथ ही समय पर अनाज की आपूर्ति भी नहीं की जाती। अन्नपूर्णा आदि वृद्धावस्था पेंशन योजनाएं भी भ्रष्टाचार, देरी, कोटा सिस्टम, त्रुटिपूर्ण पहचान आदि की शिकार हैं। इस तरह से सबसे ज्यादा वंचित समुदायों के लोगों को विभिन्न खाद्य योजनाओं के दायरे में नहीं लाया जा सका है। यही वे लोग हैं जो सामान्य तौर पर भोजन के अभाव में भूख से दम तोड़ते हैं।

स) झारखण्ड के गोड्डा जिले में मातृत्व स्वास्थ्यः–

नीचे दिये गये तालिका (2–4) में दर्ज आंकडे वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण 2010–11 से लिए गये जो गोड्डा जिले की मातृत्व स्वास्थ्य की स्थिति को पूरे झारखण्ड राज्य की तुलना में दर्शाते हैं। केवल एकतिहाई महिलाओं के उच्च्य रक्तचाप की जॉच और मात्र 1/5 महिलाओं के हिमोग्लोबिन की जॉच कराये जाने से यह स्पष्ट होता है कि क्षेत्र में मौजूद सेवाएं प्रसव पूर्व के बड़े खतरों को चिन्हित करने में सक्षम नहीं हैं। आंकड़े यह दर्शाते हैं कि गोड्डा जिले में 75.2 प्रतिशत प्रसव घर पर ही होते हैं, जो कि संस्थागत प्रसव क दर (24.4 प्रतिशत) से काफी अधिक है। सरकारी और नीजि अस्पतालों में संचालित सिजेरियन सेक्शन की दर भी ध्यान देने योग्य है, क्योंकि राज्य की स्वास्थ्य सेवाओं की परिधि के बाहर नीजि खर्चो पर ही महिलाएं आपातकालीन प्रसूती देखभाल प्राप्त करती हैं।

तालिका–2: झारखण्ड के गोड्डा जिले में प्रसव पूर्व देखभाल (ए.एन.सी.) का विवरण

प्रसव पूर्व देखभाल (ए.एन.सी.) संकेतक (सभी आंकड़े प्रतिशत में)	गोड्डा	झारखण्ड
ए.एन.सी. के लिए पंजीकृत वर्तमान में 15 से 49 वर्ष की विवाहित गर्भवती महिलाएं	43.4	66.1
माताएं जिन्हे कम से कम एक प्रसव पूर्व जांच हासिल हुई	67.4	86.1
माताएं जिन्होने प्रथम तिमाही में प्रसव पूर्व जांच हासिल किया	42.1	56.3
माताएं जिन्होनें तीन या ज्यादा प्रसव पूर्व जांच हासिल किया	29.1	56.3
माताएं जिन्हे कम से कम एक टी.टी. टीकाकरण प्राप्त हुआ	66.7	85.7
माताएं जिन्होनें सौ से अधिक दिन आयरन फोलिक एसिड की गोलियां खाई	9.8	15.1
माताएं जिन्हे सम्पूर्ण प्रसव पूर्व जांच हासिल हुआ	9.7	13.1
माताएं जिन्होने सरकारी श्रोतों से ए.एन.सी. प्राप्त किया।	19.4	19.2
माताएं जिनकी रक्तचाप की जांच हुई।	30.8	52.6
माताएं जिनकी हिमोग्लोबिन की जांच हुई।	21.4	36.9
माताएं जिनकी अल्ट्रासाउण्ड जांच हुई।	12.0	19.2

तालिका–3: झारखण्ड के गोड्डा जिले में प्रसव देखभाल

प्रसव देखभाल संकेतक (सभी आंकड़े प्रतिशत में)	गोड्डा	झारखण्ड
संस्थागत प्रसव	24.4	37.6
सरकारी अस्पतालों में प्रसव	15.6	16.0
नीजि अस्पतालों में प्रसव	8.5	20.8
घर में प्रसव	75.2	62.0
कुशल कर्मियों द्वारा घर में प्रसव	35.3	24.7
सुरक्षित प्रसव	42.5	47.1
सरकारी अस्पतालों में हुए कुल सिजेरियन	7.0	8.6
नीजि अस्पतालों में हुए कुल सिजेरियन	27.6	29.0

तालिका–4: झारखण्ड के गोड्डा जिले में प्रसवोत्तर देखभाल

प्रसवोत्तर देखभाल संकेतक (सभी आंकड़े प्रतिशत में)	गोड्डा	झारखण्ड
प्रसव के बाद अस्पताल में 24 घण्टे से कम का ठहराव	50.1	42.5
माताएं जिन्हें प्रसव के 48 घण्टों के भीतर प्रसवोत्तर जांच प्राप्त हुआ	51.4	59.1
माताएं जिन्हें प्रसव के एक सप्ताह के भीतर प्रसवोत्तर जांच प्राप्त हुआ	52.6	64.0
माताएं जिन्हें कोई प्रसवोत्तर जांच हासिल नहीं हुई	45.7	34.4
नवजात जिन्हें 24 घण्टे के भीतर जांच प्राप्त हुई	44.5	55.9
माताएं जिन्हें सरकारी केन्द्र में संस्थागत प्रसव के लिए जे.एस.वाई. के अन्तर्गत वित्तीय सहायता प्राप्त हुई।	71.6	49.9

श्रोत: ए.एच.एस. 2010–11, महत्वपूर्ण सांख्यिकिय विभाग, रजिस्ट्रार जनरल और जनगणना आयुक्त का कार्यालय, भारत, www.censusindia.gov.in

2. फैक्ट फाइंडिंग मिशन की कार्यप्रणाली

फैक्ट फाइंडिंग मिशन को एन.ए.एम.एच.एच.आर. के ओर से तब बनाया गया जब गोड्डा जिले में कार्यरत एन.ए.एम.एच.एच.आर. सदस्य द्वारा अधिक मात्रा में होती मातृत्व मौतों का सवाल उठाया गया।

अ. फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम के उद्देश्य और संयोजनः–

फैक्ट फाइंडिंग मिशन के उद्देश्य निम्नलिखित थे–

- स्वास्थ्य सेवाओं तथा इनसे सम्बंधित पोषण जैसे अन्य संकेतकों के बारे में तथ्य जुटाने के माध्यम से गोड्डा जिले के आदिवासी क्षेत्रों में मातृत्व स्वास्थ्य व्यवस्थाओं के बारे में एक बेहतर समझ विकसित करना।
- आदिवासी क्षेत्रों में प्रभावी और बेहतर मातृत्व और बाल स्वास्थ्य एवं पोषण के लिए वैकल्पिक रणनीतियाँ तलाशना।
- जिम्मेदार विभागों के सेवा प्रावधानों से सम्बंधित सवालों के जवाब खोजना, जिसमें आदिवासी महिलाओं और लड़कियों में गम्भीर रक्ताल्पता के निवारण के प्रावधान भी षामिल हैं।

20–23 नवम्बर 2013 के बीच रूचि और उपलब्धता की दृष्टि से एन.ए.एम.एच.एच.आर. सदस्यों, विशेषज्ञों के साथ साथ कुछ ऐसे नए सहयोगियों (तोरंग ट्रस्ट होडोपैथी एथ्नो–मेडिसिन डॉक्टर्स

एसोसिएशन आफ इण्डिया–हेडान के साथ हाल ही में जुड़ा है) के साथ मिल कर फैक्ट फाइंडिंग मिशन की टीम बनाई गई, जो इस प्रक्रिया में महत्वपूर्ण योगदान दे सकते हैं। इस फैक्ट फाइंडिंग मिशन में निम्नलिखित सदस्य शामिल किए गयेः–

1. डा. अभिजीत दास, निदेशक सेन्टर फॉर हेल्थ एण्ड सोशल जस्टिस (नई दिल्ली), सदस्य, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य योजना की सामुदायिक कार्यवाही की सलाहकार समिति (ए.जी.सी.ए.)।
2. सुश्री जशोधरा दासगुप्ता, संयोजक सहयोग (लखनऊ), संयोजक, एन.ए.एम.एच.एच.आर. पूर्व सदस्य, योजना आयोग (भारत सरकार) द्वारा बनाया गया उच्चस्तरीय विशेषज्ञ समूह।
3. सुश्री वासवी किरो, तोरंग ट्रस्ट और एच.ई.डी.ए.एन., भूतपूर्व सदस्य, राज्य महिला आयोग, झारखण्ड।
4. सुश्री देविका बिस्वास, हेल्थ वॉच, बिहार और झारखण्ड, स्वास्थ्य और जेण्डर के मसलों पर काम करने वाली स्वतंत्र कार्यकर्ता।
5. श्री अजय लाल, भूतपूर्व सदस्य "साथी", पूणे। मध्य प्रदेश के आदिवासी समुदायों में प्रजनन आधिकार पर काम करने वाले कार्यकर्ता।
6. श्री सौमिक बनर्जी, झारखण्ड के गोड्डा जिले के सुन्दरपहरी ब्लाक में आदिवासी समुदायों के बीच मातृत्व मृत्यु की जांच करने वाले स्वतंत्र शोधकर्मी।
7. मो. सरफराज अली, गोड्डा में मातृतव स्वास्थ्य और अन्य मुद्दों पर कार्यरत, "एकजुट" के कार्यकर्ता।

ब. झारखण्ड सरकार को सूचना

मिलने का समय लेने के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, झारखण्ड के राज्य मिशन निदेशक को एन.ए.एम.एच.एच.आर. की ओर से एक औपचारिक पत्र भेजा गया। मिशन निदेशक की व्यस्तता के कारण, 20 नवम्बर की शाम फैक्ट फाइंडिंग मिशन के दो सदस्य राज्य के स्वास्थ्य विभाग के उच्च अधिकारियों से मिले। फैक्ट फाइंडिंग मिशन सदस्य झारखण्ड राज्य की स्वास्थ्य सेवाओं के निदेशक डा0 सुमंत मिश्रा से मिलकर उन्हें फैक्ट फाइंडिंग मिशन के उद्देश्य और कारणों की विस्तृत जानकारी दी। डा. मिश्रा ने स्वास्थ्य विभाग की ओर से सभी सम्भव सहयोग करने का आष्वासन दिया और तत्काल गोड्डा जिले के सिविल सर्जन डा. प्रवीण राय से फोन पर बात कराई और फैक्ट फाइंडिंग मिशन की सहायता करने को कहा। गोड्डा से लौटने पर डा. अभिजीत दास ने निदेशक डा. मिश्रा से पुनः मुलाकात की और पूरे दौरे के बारे में उन्हे संक्षेप में जानकारी दी।

गोड्डा से लौट कर, फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम के कुछ सदस्यों ने झारखण्ड सरकार के स्वास्थ्य मंत्री श्री राजेन्द्र प्रसाद सिंह से 23 नवंबर 2013 को मुलाकात की। उन्हे फैक्ट फाइंडिंग मिशन की जानकारी दी गई और इस छोटी मुलाकात के दौरान टीम के सदस्यों ने जांच में प्राप्त महत्वपूर्ण मुद्दों की संक्षिप्त जानकारी दी और 3 प्रमुख सिफारिशों से भी अवगत कराया। उन्होने रिपोर्ट की प्रति अपनी रूची दर्शाते हुए इसके पूरा होने पर पढ़ने का वायदा भी किया।

स. फील्ड वर्क और उत्तरदाता

फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम गोड्डा में दो दिन (21–22 नवंबर) रही। इस दौरान फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम ने 3 गांव, एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सी.एच.सी.), एक प्रथम सन्दर्भन केन्द्र (एफ. आर.यू.) और जिला अस्पताल का भ्रमण किया। कुछ जगहों पर फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम 2 उप समूहों में विभाजित भी हो गई ताकि ज्यादा से ज्यादा लोगों तक पहुँचा जा सके। (प्रत्येक स्थान पर उत्तरदाताओं की सूचि देखने के लिए एनेक्स–1 देखें)

सुन्दरपहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र का दौरा सोच समझ कर देर शाम में किया गया ताकि कर्मचारियों की उपस्थिति का आकलन किया जा सके। फिर भी, यह तथ्य सामने आया कि फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम की खबर उन्हें पूर्व में ही हो चुकी थी, इसलिए देर शाम जाने पर भी कर्मचारी मौके पर मौजूद मिले। एनेक्स–1 में उन सभी स्वास्थ्य अधिकारियों और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के नाम दिये गये हैं जिनसे फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम ने बातचीत की।

स्थानीय गाईड सौमिक बनर्जी के द्वारा चयनित 3 गांव में फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम ने भ्रमण किया। इन गांवों का चयन ब्लाक, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र से उनकी दूरी, पहुँचने का माध्यम (कच्ची या पक्की सड़क आदि) और अलग अलग आदिवासी समुदायों को ध्यान में रखकर किया गया। गांव के अन्दर, टीम ने निम्नलिखित रूप से केन्द्रित समूह चर्चा (फोकस ग्रुप डिस्कशन, एफ.जी.डी.) का आयोजन किया और कुछ साक्षात्कार भी लिए।

गांव X के टोला A: ब्लाक सी.एच.सी. से 35 किमी दूर, अच्छे मौसम में अस्थाई सड़क से जुड़ा हुआ।	–संथाली महिलाओं के एक समूह के साथ एक घर के आंगन में केन्द्रित समूह चर्चा (एफ.जी.डी.) हुई। प्रतिभागियों में दो साल से कम उम्र के बच्चों वाली 4 महिलाएं, एक महिला की सास अपने 1 साल के बच्चे के साथ एवं एक गर्भवती महिला शामिल थी। कुछ बुजुर्ग महिलाएं भी उपस्थित थीं। –गांव की सहिया और एक स्थानीय दाई (पारम्परिक प्रसव सहायिका) का साक्षात्कार भी लिया गया।
गांव Y का B–2 टोला: ब्लाक सी.एच.सी. से पक्की सड़क से 20 किमी दूर, फिर जंगल से होकर 20 से 30 मिनट की पैदल दूरी पर	सौरिया पहरिया महिलाओं के साथ टोले के बीच में एफ.जी.डी. हुआ। प्रतिभागियों में वे महिलाएं उपस्थित थी जिन्होने पिछले डेढ़ साल में बच्चे को जन्म दिया हो। लेकिन चर्चा के दौरान अन्य पुरुष, बुजुर्ग महिलाएं और बच्चे भी आ गये।
गांव Z का C–2 टोला	–माल पहरिया आदिवासी महिलाओं के बीच एफ.जी.डी. का आयोजन हुआ जिसमें हाल ही में बच्चे को जन्म देने वाली 4 महिलाएं व कुछ अन्य महिलाएं शामिल हुईं। चर्चा उस घर के आंगन में आयोजित हुई जिसमें कुछ महीनो पूर्व एक मातृत्व मृत्यु हुई थी। मृतका की सास उपस्थित थी। –एक संथाली ग्राम प्रधान का साक्षात्कार लिया गया।

द. प्रश्नों की सूची

फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम के गोड्डा जाने से पहले प्रश्नों की सूची का एक ड्राट तैयार किया गया था, जिसे टीम के सभी सदस्यों को टिप्पणी हेतु भेजा भी गया। इस पर पुनः फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम के सदस्यों के साथ–साथ एन.ए.एम.एच.एच.आर. सदस्य कल्याणी मीणा के साथ 20 नवम्बर को रांची में चर्चा की गई। इन सबके उपरान्त सूची में आवश्यक परिवर्तन भी किये गये।

इसके साथ ही एन.ए.एम.एच.एच.आर. सदस्य कल्याणी मीणा ने 20 नवंबर को रांची में स्थानीय नागरिक समाज संगठनों के साथ फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम की एक बैठक आयोजित की ताकि इस फैक्ट फाइंडिंग मिशन के बारे में जानकारी अन्य सामाजिक कार्यकर्ताओं के साथ साझा की जा सके और जाँच के अन्य सम्भावित मुद्दों पर चर्चा हो सके। उनकी सलाह के अनुसार प्रश्नों की सूची में आवश्यक फेरबदल किये गये। (नागरिक समाज के साथ बैठक का विवरण एनेक्स–2 में देखें) यह बैठक आधे दिन की रही।

ई. फैक्ट फाइंडिंग मिशन टीम की सीमाएं (और कार्यप्रणाली)

गोड्डा जिले के दो स्थानीय सदस्यों और क्षेत्र के बाहर के हम चार साथियों से मिलकर हमारी एक छोटी सी टीम बनी थी। स्थानीय सन्दर्भों से अपरिचित होने के कारण बहुत से तथ्यात्मक विवरण हमसे छूट जाने का डर था, जिसे दो स्थानीय सदस्यों की उपस्थिति ने खत्म कर दिया। इसके साथ–साथ, इस तरह की कार्यप्रणाली में स्वास्थ्य, दवाई देने और लेने की पारम्परिक व्यवस्था आदि के सन्दर्भ में प्रचलित स्थानीय संस्कृति और परम्परा को जानना समझना मुश्किल होता है।

हमने अनुवाद के मार्फत काम किया। हमारे अनुवादक संथाली भाषा जानते थे, लेकिन पहरिया भाषा के स्थानीय रूप से पूर्णतः परिचित नहीं थे। विवाह एवं प्रजनन के सन्दर्भ में सामुदायिक मान्यताएं और तौर–तरीकों के बारे में हम और भी जानना चाहते थे। हम यह भी जानना चाहते थे कि समुदाय गर्भावस्था, प्रसव और प्रसव के बाद की देखभाल के लिए क्या क्या तरीके अपनाता है। ज्यादातर जानकारियाँ एफ.जी.डी. के दौरान निकाल पाना काफी मुश्किल था। साथ ही, हमारे दोनो अनुवादक/गाईड पुरूष थे, अतः महिलाओं ने समुदाय में प्रचलित सीमाओं में रह कर ही अपने यौनिक एवं प्रजनन मुद्दों को साझा किया।

हमे उम्मीद है कि इन सीमाओं के बावजूद भी यह रिपोर्ट इस तथ्य की जाँच को आगे बढ़ाएगी कि बेहतर स्वास्थ्य के प्रति आदिवासी समुदाय की जिज्ञासा कैसी है और किस प्रकार उन्हें स्वीकार्य और उचित मातृत्व देखभाल उपलब्ध कराया जा सकता है।

3. प्राप्त तथ्य

प्रमुख रूप से प्राप्त तथ्य निम्न भागों में उल्लेखित हैं–

अ. स्थान और लोग

ब. उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं की वर्तमान दशा।

स. चिन्हित् की गईं चुनौतियाँ

द. स्वास्थ्य विभाग की योजनाएं

भाग अ– स्थान और लोग

1. दूरी, संचार–संवाद और भिन्न भिन्न मौसमों में आवाजाही की स्थिति

सुन्दरपहरी ब्लाक पहाडी एवं घाटियों से भरा हुआ है, और पूरे दिन में परिवहन का कोई साधन नहीं उपलब्ध होता। किसी भी घर तक पहुँचने के लिए कोई सड़क नहीं है, और रास्ते जंगल और पहाड़ियों से होकर जाते हैं। गांवों के अन्दर टोले अलग–अलग, एक दूसरे से दूर स्थित हैं, जो अक्सर नदी, नालों, पहाड़ियों और जंगलों से बटे हुए हैं। बारिश के दिनों में रास्ते खराब हो जाते हैं और इनका उपयोग सम्भव नहीं होता।

उदाहरण के लिए, जिला मुख्यालय से 35 कि.मी. दूर स्थित एक राजस्व गांव X के किसी टोले A तक पहुचने का मार्ग थोड़ी दूर तक तो ठीक है, लेकिन जल्दी ही लगभग 3–4 किलोमीटर का हिस्सा बहुत ही खराब स्थिति में बदल जाता है। इस गांव के भीतर घुसने के लिए, व्यक्ति को पाकुड़ जिले के गुमान नदी से होकर गुजरना पड़ता है। इस गांव के अन्दर सड़क के नाम पर केवल मिट्टी की पगडन्डियाँ मौजूद हैं, जो बारिश के दिनों में और भी कठिन हो जाती हैं। 700 की आबादी वाला यह छोटा सा राजस्व गांव मूलतः संथालों का गांव है, जो निम्नलिखित टोलों में बटा हुआ है, और इसलिए ही यहां स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार काफी आंशिक हैः

- टोला A जहा सहिया रहती है।
- टोला P जहा आंगनवाड़ी केन्द्र बनाया गया है, और कभी कभी ए.एन.एम. भी वहाँ आती हैं। (इस टोले में गांव के प्रमुख और प्रधान भी रहते हैं)
- टोला N जहा आंगनवाड़ी कार्यकर्ता रहती है। (इसे झारखण्ड में सेविका कहा जाता है।)
- टोला M ।

स्वास्थ्य उप केन्द्र रामपुर में स्थित है, जो गुमान नदी के दूसरी ओर स्थित है। मॉनसून के दिनों में उफनाई नदी को पार करने के लिए कोई पुल भी नहीं बना है।

एक अन्य राजस्व गाँव Y का टोला B.2 में भी ऐसा ही उदाहरण मिला, जहाँ सौरिया पहरिया आदिवासी समुदाय की आबादी वाले 2 टोले स्थित हैं। B.1 टोला पहाड़ीयों पर 1200 फिट की उॅचाइ पर स्थित है, जहा जाने के लिए 6 कि.मी. की खड़ी चढ़ाई चढ़नी पड़ती है। आंगनवाड़ी सेविका और सहिया, दोनो ही B.1 टोले में हैं, इसलिए सुविधाएं और जानकारियाँ वहीं उपलब्ध हैं। वे दोने शायद ही कभी B–2 टोले में जाती हैं, जबकि B–1 में केवल 18 परिवार और 100 लोग रहते हैं।

टीम ने यह पाया कि सुन्दरपहरी ब्लाक से उलट महगमा में पहुँचने का रास्ता बहुत अच्छा है और मैदानी क्षेत्र में उपस्थित है। यहां खेती के योग्य काफी उर्वर जमीन है साथ ही ललमटिया में ईस्टर्न कोलफिल्ड लिमिटेड की एक कोयला खदान भी संचालित है। इस ब्लाक में मुख्यतः अन्य पिछड़े वर्ग व अल्पसंख्यकों की आबादी है और आदिवासी समुदायों की आबादी मात्र 10 से 15 प्रतिशत है।

2. जातियाँ और उप जनजातियाँ

सुन्दरपहरी को वैसे तो एक जनजातीय बाहुल ब्लाक माना जाता है लेकिन यहाँ की आबादी एक समान नहीं है। विभिन्न जनजातियां और उप जनजातियों के बीच स्पष्ट विभाजन है और आपसी पदानुक्रम भी निश्चित है। सामान्यता ये अलग–अलग टोले में निवास करते हैं। स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के द्वारा विभिन्न टोलों में स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच विभिन्न जनजातियों के बीच विभाजन के कारण समस्याजनक हो जाती हैं, क्योंकि अक्सर किसी एक टोले की कार्यकर्ता किसी दूसरे टोले की महिलाओं के बीच नहीं जाती और इस तरीके से स्वास्थ्य सेवाओं की जानकारी एवं उपलब्धता का उलंघन हो जाता है। उदाहरण के लिए, अधिकृत रूप से कुमारभाग पहरिया मालपहरिया के अंग माने जाते हैं, अतः C-1 टोले की माल पहरिया महिलाएं सहिया टोले में उपलब्ध सेवाएं हासिल नहीं कर सकती क्योकि वो कुमारभाग पहरिया हैं और दूसरे टोले में रहती हैं।

भाग ब –उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं की वर्तमान दशा

1. गाँव के स्तर पर

झारखण्ड सरकार, केन्द्र सरकार द्वारा संचालित राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का अनुपालन कुछ स्थानीय बदलावों के साथ कर रही है। मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) को झारखण्ड में सहिया के रूप में बनाया गया है और इसके लिए आवश्यक न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता में थोड़ी छूट भी दी गई है। सहिया कार्यक्रम में कुछ नये प्रयोग भी किये गये हैं और कुछ अन्य प्रयोगों की योजना भी है ताकि दूर दराज और पहाड़ी क्षेत्रों में बसे आदिवासी बहुल गाँवों पर विशेष ध्यान दिया जा सके।

गावों में भ्रमण के दौरान टीम के द्वारा इकट्ठा की गईं बातें निम्नलिखित हैं जिसमें एक गांव की सहिया और पिछले एक वर्ष में गर्भवती हुई महिलाओं के अनुभव भी दर्ज हैं।

- **राजस्व गांव X के A[4] टोले में (जहाँ पहुँचने के लिए कच्ची सड़क ही उपलब्ध है)**

राजस्व गांव X जिला मुख्यालय से 35 कि.मी. और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र से 15 कि.मी. दूर है। टीम के भ्रमण के तुरन्त बाद (28 नवम्बर 2013 को) गाँव के एक टोले में एक मातृत्व मृत्यु की घटना हुई जो इस प्रकार है–35 वर्ष की एक अनपढ़ संथाल महिला अपने छठे गर्भावस्था के अन्त में

4. एफ.जी.डी. के लिए अपना परिसर उपलब्ध कराने के लिए हम बाहामई के आभारी हैं और अनुवाद में मदद के लिए मरियम के भी

अति–रक्तश्राव के कारण मर गई। 600 रूपये की फीस पर एक स्थानीय पंजीकृत चिकित्सक को इलाज के लिए बुलाया गया लेकिन कोई फायदा नहीं हुआ और जल्द ही वह बेहोश हुई और फिर गुजर गई।

- X गांव के A टोले में एफ.जी.डी. के दौरान यह पाया गया की महिलाओं को अपने स्वास्थ्य और पोषण के अधिकारों की स्पष्ट जानकारी अथवा जागरूकता नहीं है। एक को छोड़ कर बाकी सब ममता वाहन[5] को जानती तो हैं, लेकिन किसी ने भी उसे नहीं बुलाया और परिवार और समुदाय के सदस्यों की मदद से सारे प्रसव घर में ही हुए (एकमात्र मामले में आर.एम.पी. को बुलाया गया)। प्रसव पूर्व देखभाल की कोई व्यवस्था किसी को नहीं प्राप्त हुई। कोई भी महिला स्वास्थ्य जॉच के लिए ग्रामीण स्वास्थ्य और पोषण दिवस (वी.एच.एन.डी) के बारे में नहीं जानती है। किसी को भी प्रसव उपरान्त देखभाल की कोई सुविधा नही मिली। कुछ महिलाओं को 9 माह में तीन बार घर ले जाने के लिए अनाज (टी.एच.आर.) प्राप्त हुआ लेकिन घोषित मात्रा नहीं दी गई। आंगनवाड़ी केन्द्र में बच्चे का टीकाकरण होने के बावजूद भी प्रसव उपरान्त देखभाल नही उपलब्ध कराया गया।

- ***श्रीमती सोरेन, कठिनाईपूर्ण प्रसवः–*** श्रीमती एक 22–23 साल की संथाल महिला हैं जो X गांव में रहती हैं और 3 बच्चों की माँ हैं। उसका अन्तिम बच्चा एक साल पहले पैदा हुआ लेकिन उसे प्रसव उपरान्त देखभाल, आयरन फोलिक एसिड अथवा टेटनेस टोक्सोयड आदि टीके नहीं लगाये गये। उसे रामपूर स्थित स्वास्थ्य केन्द्र जाने को कहा गया। वहां जाने के बावजूद भी उसे कोई भी स्वास्थ्य सेवा हासिल नहीं हुई क्योंकि ए.एन.एम. वहाँ उपलब्ध नहीं थी। उसे प्रसव के दौरान ज्यादा रक्त श्राव हुआ था और और दो दिन तक हुई प्रसव पीड़ा के कारण श्रीमती को एक आर. एम.पी और एक ''डोम'' (दायी अथवा पारम्परिक प्रसव सहायिका) से विशेष देखभाल लेनी पड़ी। स्थानीय आर.एम.पी. ने उसे 7 टीके लगाये जिसके उपरान्त अन्ततः उसने घर पर एक बच्चे को जन्म दिया। आर. एम.पी. ने उसे पुनः 5 टीके लगाये और कुछ दवाईयां भी दीं। उसे जननी सुरक्षा योजना (जे.एस.वाइ.) अथवा जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जे.एस.एस. के) जैसे मुफ्त स्वास्थ्य

5. पंचायत में 24 घण्टे उपलब्ध परिवहन व्यवस्था जो ग्रामीण गर्भवती महिलाओं को संस्थागत प्रसव के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों पर लाने के लिए है।

सेवाओं की कोई जानकारी नहीं थी। उसने बताया कि उसने अस्पताल जाने की कोई कोशिश नहीं की क्योंकि उसके पास उतने पैसे नहीं थे। न तो सहिया ने और न ए.एन.एम. ने उसे मुफ्त मातृत्व सेवाओं के बारे में कुछ बताया था। उसे तो कोई प्रसव उपरान्त देखभल की सुविधा नहीं मिली लेकिन उसके बच्चे का टीकाकरण किया गया और उसे एक बाल टीकाकरण कार्ड भी दिया गया।

- चूकि आंगनवाड़ी केन्द्र P टोले में 750 मी. दूर स्थित है इसलिए वी.एच.एन.डी अथवा टी.एच.आर. के दिन उसके टोले की महिलाओं को नही बुलाया जाता। कुछ एक बार दूसरी महिलाओं को केन्द्र पर जाते देख श्रीमती भी गई और टी.एच.आर. प्राप्त किया (जिसमें लगभग 100 ग्राम चीनी, एक कप सोयाबीन और लगभग एक किलो चावल था) उसे यह तीन बार मिला लेकिन वह यह नहीं जानती कि उसे टी.एच.आर. कितना और कितनी बार मिलना चाहिए था। उसने कहा कि उसे प्राप्त हो सकने वाली किसी भी सुविधा के बारे में वह नहीं जानती। वह मलेरिया से पीड़ित थी और उसके बच्चे को भी दिमागी मलेरिया हुआ था। दोनो ही मौकों पर उसने आर.एम.पी. से ही चिकित्सा प्राप्त की।

- इस A टोले की अन्य महिलाओं ने भी लगभग ऐसी ही बातें बताई। फुलमनी सोरेन, अनिता सोरेन (जिनके बच्चे लगभग डेढ साल के हैं) का प्रसव बिना किसी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता की मदद के घर पर ही हुआ। उन्हें कोई भी प्रसव उपरान्त देखभाल नही मिली। सबिना मराण्डी ने बताया कि उसे अपने पड़ोस के बुजुर्ग लोगों ने मदद की। सहिया ने उसे किसी लाभ व सुविधा के बारे में नहीं बताया और पोषण के बारे में उसे कोई जानकारी नहीं दी गई। कोई भी पारम्परिक प्रसव सहायिका (संथाल जिसे डागरिन बुरी कहते हैं) जीवित नहीं है लेकिन बाहमयी जैसी समुदाय की कुछ महिलाएं अपने पड़ोसियों को प्रसव में सहायता करतीं हैं।

- A टोले में ममता वाहन की उपलब्धता के बारे में तालाबती मुरमू, जिसे कोई भी प्रसव उपरान्त देखभाल नहीं प्राप्त हुआ, ने बताया कि ममता वाहन योजना के बारे में सुना जरूर था और प्रसव पीड़ा के दौरान उसे बुलाया भी था। लेकिन ममता वाहन के पहुँचने के पहले तालावती ने घर पर ही बच्चे को जन्म दिया। अतः ममता वाहन बिना उसे लिए लौट गया। जननी सुरक्षा योजना के तहत उसे 1650 रूपये प्राप्त हुए और आंगनवाड़ी केन्द्र पर उसके बच्चे को टीका लगाया गया और एक मच्छरदानी दी गई। तालाबती ने कुछ हद तक अपने अधिकारिक सुविधाओं को हासिल कर लिया।

- **राजस्व गांव Y के B.2 टोले में (पक्की सड़क से उतर कर जंगल और मैदानों से होते हुए 20 मिनट की पैदल दूरी पर, जहां बिजली नहीं है)**

- ***सुरजमनी, जटिल प्रसवः–*** उपस्थित महिलाओं में से एक, सुरजी (सुरजमनी), अपने जटिल प्रसव के बारे में बताती हैं। उन्हें 3 दिन की लम्बी प्रसव पीड़ा सहनी पड़ी। अन्ततः परिवार ने पड़ोस के फुलवरिया से एक डोम टी. बी. ए. को बुलावाया। उसने महिला को प्रसव में सहायता की, लेकिन बदले में उसे 2000 रूपये देने पड़े (जो कि बहुत ही बड़ी रकम है)। जब उनसे यह

पूछा गया कि उसे स्वास्थ्य केन्द्र पर क्यों नही ले जाया गया तो गांव वाले आश्चर्य में पड़ गये। गांव में किसी के पास गाड़ी नहीं है और किराये पर लेना और भी महंगा पड़ता। यहां कोई भी ममता वाहन के बारे में नहीं जानता, और गांव में बिजली नहीं होने के कारण किसी के पास मोबाइल फोन भी नहीं है। सड़क घने जंगलों से होकर आधे कि0मी0 दूर है अतः उसे स्वास्थ्य केन्द्र पर ले जाना ठीक नहीं समझा गया।

- समूह में 5 ऐसी महिलाएं हैं जो हाल में ही प्रसव से गुजरी हैं और उन सभी ने घर पर ही बच्चे को जन्म दिया है। किसी भी महिला ने कभी भी स्वास्थ्य सेवाएं हासिल नहीं किया है। उन्हें सुन्दरपहरी स्वास्थ्य केन्द्र पर कोई भरोसा नहीं है। वे बताती हैं "वहां केवल टेबलेट दिये जाते हैं, टीकाकरण नहीं होता"।

- गांव वालों ने बताया कि इस गांव में ए.एन.एम. बरसों से नहीं आई। कुछ ने जोर देकर बताया कि वह 4 वर्षो से नहीं आयी। महिलाओं ने कहा कि वर्तमान दाई के द्वारा उपलब्ध सेवाओं की तुलना में वे कोई बेहतर योग्यता वाली सहायिका चाहती हैं जो प्रसव के दौरान सहायक सिद्ध हो सके। वे गर्भावस्था के दौरान होने वाली परेशानियों का ईलाज चाहती हैं। वे सक्रिय आंगनवाड़ी केन्द्र चाहती हैं और मच्छरों से बचाव के लिए मच्छरदानी चाहती हैं। गांव में सभी मलेरिया से पीड़ित हो चुके हैं। इनमें से एक महिला, जिसका नाम चाँदी है, को गर्भावस्था के दौरान मलेरिया हुआ था जो जड़ी बुटियों से निर्मित दवाईयों से ठीक हुई।

- आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, सेविका उन्हें टी.एच.आर. की उपलब्धता की सूचना जरूर देती है लेकिन ऐसा अक्सर 2 या 3 महीनों में एक बार होता है। सुरजी और मैसी नामक दो महिलाओं ने गर्भावस्था और प्रसव के दौरान कभी भी टी.एच.आर. नहीं प्राप्त किया। बामडी ने कुछ एक

बार टी.एच.आर. प्राप्त किया जबकि मैरी ने गर्भावस्था के दौरान दो बार और प्रसव के बाद 4 बार टी.एच.आर. प्राप्त किया। सुरजी ने आगे बताया कि बच्चे के जन्म के बाद उसे 500 रूपये प्राप्त हुए (राष्ट्रीय मातृत्व पात्रता योजना के अन्तर्गत देय राशि)। सामान्य तौर पर टी.एच.आर. में एक किलो चावल, एक गिलास दाल और थोड़ा सोयाबीन मिलता है।

- जन वितरण प्रणाली यहा सक्रिय है और वे सात कि.मी. दूर स्थित दुकान से अपना राशन जरूर लेती है। प्रत्येक माह की 30 तारीख को वे 30 किलो चावल मुफ्त राशन के रूप में प्राप्त करती हैं और सभी के पास पी.वी.टी.जी. के लिए बना राशन कार्ड उपलब्ध है।

- पूरे गांव के किसी भी बच्चे का टीकाकरण कभी भी नही हुआ है और न ही उन्हें पोलियो की दवा दी गई है। लगभग सभी बच्चे पड़ोस के फुलवरिया में स्थित स्कूल में जाते हैं लेकिन उनमें से कोई भी अपनी उम्र नहीं जानता। उनमें से एक लड़का, जिसका नाम पिलर है, थोड़ी हिन्दी बोलता है और स्कूल भी जाता है, अभी कक्षा 3 में पहुँचा है। वह किशोरावस्था में है और उसकी शादी 4 वर्ष पूर्व हो चुकी है।

- **राजस्व गांव Z के C.2 टोले में (पहाड़ी से होकर पगडंडियों से होकर 40 कि.मी. की दूरी पर; कुछ सौर ऊर्जा से जलने वाली लाईट के अलावा कोई बिजली नहीं)**

- अपने छोटे बच्चों के साथ 4 महिलाएं बैठक में उपस्थित हुई। सुकुरमोनी का सबसे छोटा बच्चा 4 महीने का है, पार्वती का 9 महीने का, कलावती का एक साल का और सुनीता का 3 महीने का है। इनमें से किसी भी बच्चे अथवा महिलाओं को स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की ओर से कोई सुविधा नही प्राप्त हुई है। वे कभी भी अस्पताल नहीं गये और न हीं कभी टीकाकरण हुआ। पोलियो से बचाव के लिए भी नहीं।

- इस जनजाति की किसी भी महिला को परिवार नियोजन सेवाएं नहीं मिली हैं क्योंकि यह एक प्रचलित मान्यता है कि सरकार अपने कर्मचारियों को पहरिया जनजाति में गर्भनिरोधक सेवाएं देने से रोकती है क्योंकि यह जनजाति एक पी.वी.टी.जी. है। इसके परिणामस्वरूप, अनचाहे गर्भावस्था के अनेकों उदाहरण मौजूद हैं और ऐसा ही सुकुरमनी के मामले में भी हुआ। उसके 4 बच्चों की उम्र 7 वर्ष, 5 वर्ष, 4 वर्ष और 4 माह है। अन्य दो महिलाओं को भी 3–3 बच्चे हैं। पार्वती और कलावती के बच्चे 3–3 वर्ष के अन्तराल पर हैं।

- वे C.2 टोले में सहिया की नियुक्ति के बारे में जानते हैं। लेकिन वह एक कुमारभाग पहरिया है। उसने इन महिलाओं को मातृ शिशु स्वास्थ्य कार्ड (एम.सी.एच.) एक साल पूर्व दिया है लेकिन ये कार्ड उन्हें बच्चों के जन्म के बाद दिये गये। इन महिलाओं को उसने कोई दवाईया भी नहीं दी।

- आंगनवाड़ी सेविका किसी अन्य C.3 गांव में रहती है और उसने कभी भी इन महिलाओं को संपूरक पोषण कार्यक्रम (एस.एन.पी.) के लिए नहीं बुलाया है। फिर भी ऐसा लगा कि महिलाओं

ने गर्भावस्था के दौरान और बाद में थोड़े मात्रा में टी.एच.आर. प्राप्त किया है। दो महिलाओं ने एक से अधिक बार टी.एच.आर. प्राप्त किया, एक ने सिर्फ एक बार जबकि एक अन्य को कभी भी राशन नहीं मिला। उन्होने बताया कि टी.एच.आर. में एक किलो चावल, 100 ग्राम दाल, 150 ग्राम चीनी और 150 ग्राम सोयाबीन था। जन वितरण प्रणाली के अलावा कोई अन्य सेवा इस समुदाय के पास पहुँचती हुई नहीं प्रतीत हुई। इनमें से सभी के पास राशन कार्ड हैं और सभी प्रत्येक माह 35 किलो चावल मुफ्त प्राप्त करती हैं।

- इस गांव की अधिकांश महिलाएं मलेरिया से पीड़ित हो चुकी हैं। सुकरमनी को मलेरिया तब हुआ था जब वह गर्भवती थी लेकिन वह स्थानीय ओझा (पारम्परिक जड़ी बूटी द्वारा चिकित्सा करने वाले) के द्वारा जड़ी बूटी लेकर ठीक हुई। उन्हें मच्छरों से बचाव के लिए मच्छरदानी मिली है, लेकिन ये उन्हें बहुत पहले मिली और अब फट चुकी है। स्थानीय आर.एम.पी. गांव के मलेरिया पीड़ितों के इलाज के लिए आते हैं लेकिन उनकी फीस 1000 से 1500 रूपये तक है, जो कि सामान्यतया महिलाओं पर खर्च नहीं किये जाते।

एक सहिया का केस अध्ययन

चयन –एक स्थानीय गैर सरकारी संगठन ने उस महिला को चिन्हित किया और उस संगठन ने यह दावा किया था कि दूसरी कोई भी शिक्षित महिला उपलब्ध नहीं है, अतः गाँव की दाई (टी. बी.ए) को सहिया के रूप में चुन लिया गया। सहिया के चयन पर चर्चा करने के लिए ग्राम सभा (ग्रामीण अथवा छोटे शहरों के स्तर पर भारत की स्थानीय स्वशासन संस्था) की कोई बैठक नही बुलाई गई तथा सहिया के चयन में न तो गाँव वालों को शामिल किया गया और न हीं गाँव के अन्दर उपस्थित किसी अन्य शिक्षित महिला को चिन्हित करने के गम्भीर प्रयास किये गये।

प्रशिक्षण –2007 में अपने चयन के बाद सहिया अब तक 3 चरणों में प्रशिक्षण ले चुकी है। इस दौरान उसे अपनी जिम्मेदारियों को विस्तार से समझाया गया है, जिसमें गर्भवती महिलाओं को

संस्थागत प्रसव के लिए ले आना, महिलाओं के घर जाकर उनकी जाँच करना, गांव के अन्दर बैठकें और चर्चाओं का आयोजन करना तथा टीकाकरण आदि में ए.एन.एम. की मदद करना शामिल है। फिर भी, सहिया जे. एस. एस. के. के अस्तित्व के बारे में नहीं जानती साथ ही जिस योजना के अन्तर्गत महिलाओं को संस्थागत प्रसव के लिए ले आने पर उसे प्रोत्साहन राशि मिलती है (जे.एस.वाई.), उस योजना का नाम भी वह स्पष्ट नहीं बता सकी। इससे यह स्पष्ट है कि उसे प्राप्त हुए प्रशिक्षण ने सहिया को सरकार द्वारा संचालित विभिन्न मातृत्व स्वास्थ्य योजनाओं के बारे में महिलाओं तक जानकारी पहुँचाने लायक नहीं बनाया है।

सहिया ने वर्तमान में प्रसव के लिए अस्पताल में इस्तेमाल किये जा रहे तौर तरीकों पर नाखुशी जाहिर करते हुए बताया कि जिस तरीके से प्रसव टेबल पर महिला को लेटाकर प्रसव कराया जाता है वह उससे सहमत नहीं है। उसने हालांकि यह महसूस किया कि प्रसव के लिए अपनाया जाने वाला पारम्परिक तरीका बेहतर था जिसमें महिला को प्रसव के दौरान जमीन पर बैठाया जाता था। सहिया के अनुसार, भूमि पर प्रसव आसान और जल्दी होता है। उसने यह भी बताया कि इस वर्ष उसने घरों में होने वाले दो प्रसवों में सहायता की तथा नाभी–रज्जू को नये ब्लेड से काटा था। सहिया ने कहा कि प्रसव के दौरान जमीन पर कोई चादर आदि नहीं बिछाया था। केन्द्रों पर होने वाले प्रसव के तौर तरीकों के साथ असहमति होने के बावजूद भी सहिया का ये

विचार था कि प्रसव अस्पताल में ही होना चाहिए, लेकिन इसका कारण वह स्पष्ट रूप से नहीं बता पाई।

भूमिकाएं –3 चरणों के प्रशिक्षण के बाद, सहिया ने बताया कि, उसने गांव के अन्दर निम्नलिखित मुददों पर काम करना शुरू कर दिया है।

- काला बुखार (काला जार) के मामलों की पहचान करना, व्यक्ति को स्वास्थ्य केन्द्र पर ले जाकर रोग की स्पष्ट पहचान कराना, और पहचाने गये रोग के सन्दर्भ में दवाईंया शुरू कराना।
- गांव के अन्दर बैठकों और चर्चाओं का आयोजन (हालांकि सहिया ने यह स्वीकार किया कि उसे इन बैठकों के आयोजन का उद्देश्य स्पष्ट नहीं है और उसे यह भी नहीं मालूम कि इन बैठकों में क्या चर्चा करनी है)।
- गांव के अन्दर खराब हुए हैण्ड पम्प की मरम्मत के लिए पहल करना और गांव के अन्दर साफ सफाई सुनिश्चित करना। वह बीमार हुए ग्रामीण जनों को ईलाज के लिए स्वास्थ्य केन्द्र ले जाती है।
- वी.एच.एन.डी. तथा अन्य दिनों में ए.एन.एम की सहायता करना जब वह गांव में आती हैं।
- गर्भवती महिलाओं को संस्थागत प्रसव के लिए स्वास्थ्य केन्द्रों पर ले जाना तथा प्रसव के दौरान महिला के साथ रहना। वह महिला की साफ सफाई करती है और प्रसव के बाद उस स्थान की भी सफाई सुनिश्चित करती है। प्रसव के बाद पहले दिन से ही स्तनपान कराने के लिए महिलाओं को सहिया प्रेरित करती है।

अस्पतालों तक परिवहन की व्यवस्था –सहिया के अनुसार ममता वाहन को बुलाने के लिए फोन करने को केवल वही अधिकृत है। गांव में उसके उपस्थित न रहने पर यह काम आंगनवाड़ी सहायिका द्वारा किया जाता है। उसने यह बताया कि सहिया अथवा आंगनवाड़ी सहायिका द्वारा स्वयं फोन न करने पर ममता वाहन गांव में नहीं आयेगा। जबकि दूसरी सहिया ने बताया कि ममता वाहन के लिए गांव का कोई भी व्यक्ति फोन कर सकता है, लेकिन उसे कॉल सेन्टर पर यह सूचना देनी पड़ेगी कि सहिया गांव में उपस्थित नहीं है। गांव में किसी भी व्यक्ति के पास ममता वाहन का टोल फ्री नम्बर नहीं था और ना ही इसकी सूचना दिवार लेखन आदि के माध्यम से प्रसारित की गई थी। गांव में लोगों का यह मानना था कि ममता वाहन बुलाने की जिम्मेदारी सहिया की है। इससे कभी कभी महत्वपूर्ण समय का नुकसान होता है और ममता वाहन को बुलाने में देरी होती है क्योंकि गर्भवती महिला के परिवार वाले पहले सहिया को सूचना देते हैं और फिर सहिया उस महिला के घर जाकर देखती है (जो किसी दूसरे टोले में भी हो सकता है), परिस्थिति समझने के बाद वह कॉल सेन्टर पर फोन करती है।

वी.एच.एन.डी. का आयोजन –उसके गांव के आंगनवाड़ी केन्द्र पर प्रत्येक माह के दूसरे शनिवार को वी.एच.एन.डी. का आयोजन होता है। सहिया के अनुसार, उसके पास गांव की सभी गर्भवती महिलाएं और बच्चों की सूची है और वह सभी को वी.एच.एन.डी. में टीकाकरण के लिए आने को प्रेरित करती है। हालांकि, उसने यह भी स्वीकार किया कि वी.एच.एन.डी. में प्रसव पश्चात देखभाल के लिए कोई जांच (खून, पेशाब, वजन अथवा रक्तचाप आदि) नहीं होती। एक अन्य समस्या का जिक्र करते हुए उसने बताया कि गांव में वी.एच.एन.डी. शनिवार को आयोजित होता है जो कि साप्ताहिक बाजार के आयोजन का दिन भी है। अतः गर्भवती महिलाओं और बच्चों को वी.एच.एन.डी. के लिए बुलाना मुश्किल होता है क्योकि उन्हे उसी दिन बाजार भी जाना होता है।

अनटाईड फन्ड का उपयोग – सहिया के अनुसार गांव के अन्दर स्वास्थ्य, स्वच्छता और पोषण समिति (वी.एच.एस.एन.सी) जैसी किसी समिति का गठन नहीं हुआ है। उसने बताया कि अनटाइड फण्ड ग्राम प्रधान और उसके संयुक्त खाते में जमा होता है। उसने बताया कि प्रभारी स्वास्थ्य अधिकारी (एम.ओ.आई.सी.) ने उसे मौखिक रूप से यह बताया है कि अनटाइड फण्ड किन मदों में खर्च किया जा सकता है। अतः यह फण्ड गांव की स्वच्छता, हैण्ड पम्प लगवाने, महिलाओं को अस्पताल पहुँचाने आदि में खर्च किया जाता है। हालाकि उसने यह स्वीकार किया कि गांव में अनटाइड फण्ड को खर्च करने के सन्दर्भ में कोई चर्चा नहीं की गई है।

2. स्वास्थ्य केन्द्र स्तर की सेवाएं

टीम ने तीन केन्द्रों का दौरा किया और साक्षात्कार भी लिए, जिसमें सुन्दरपहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, जिला अस्पताल गोड्डा और प्रथम सन्दर्भन केन्द्र महगमा शामिल है।

सुन्दरपहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र– यह 31 अक्टूबर 2011 को उद्घाटित बिल्कुल नये सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सी.एच.सी.) भवन में स्थित है। वहां एक पुराना सी.एच.सी. भवन भी है। नया भवन 2 मंजिला है जिसमें (एन.आर.एच.एम. के नये भवन योजना के अनुसार) कई वार्ड और 44 कमरे हैं। टीम ने महिला वार्ड का जायजा लिया जिसमें 6 महिलाएं, जिनका हाल में ही प्रसव हुआ था, अपने नवजात और सहायिकाओं के साथ मौजूद थीं। एम.ओ.आई.सी. ने टीम को यह बताया कि प्रत्येक माह लगभग 50 महिलाओं का प्रसव वहां होता है।

सुन्दरपहरी सी.एच.सी में डाक्टरों के 4 पद हैं, जिन्हें हाल ही में भरा गया है। इनमें दो जनरल फिजिशियन (सामान्य चिकित्सक) हैं तथा एम.ओ.आई.सी. (डा. अलंकार ओरांव) और एक अन्य डॉक्टर (डा. दिलीप ठाकुर) एनिस्थिसिया के लिए विशेष रूप से प्रसिद्ध हैं। एक अन्य महिला चिकित्सक (डा. सेसिलि प्रभा हेमब्रम) भी हैं जो वर्तमान में एम.ओ.सी. प्रशिक्षण ले रहीं हैं तथा एस.बी.ए. का प्रशिक्षण ले चुकी हैं। ऑपरेशन कक्ष (ओ.टी) सिजेरियन कक्ष के लिए आवश्यक उपकरण यहां फिलहाल उपलब्ध नहीं हैं, लेकिन उन्हें यह उम्मीद है कि डा. सेसिलि प्रभा के प्रशिक्षण से लौटने के पहले सारे उपकरण आ जायेंगे।

शुरू में डा. ओरांव एम.ओ.सी. सेवाओं एवं इसकी तैयारियों के प्रति बहुत आश्वस्त नहीं थे, लेकिन जब उनसे मैग्नेशियम सलफेट टीके तथा अन्य की उपलब्धता के बारे में पूछा गया तो उन्होने बताया कि मैग्नेशियम सलफेट एवं अन्य जीवन रक्षक दवाईयों की पर्याप्त उपलब्धता है। एस.बी.ए. में प्रशिक्षित सभी 17 ए.एन.एम. इनका इस्तेमाल करती हैं, तथा इनके इस्तेमाल के तौर तरीकों के बारें में उन्हें निर्देशित भी किया गया है। रक्त के भण्डारण की कोई व्यवस्था नही है और ना ही इसकी कोई योजना है, हालाकि आवश्यकता पड़ने पर जिला मुख्यालय से रक्त उपलब्ध करा लिया जाता है।

इस सी.एच.सी. के अधीन, जिसे प्रथम संदर्भन केन्द्र की मान्यता नहीं है, एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और 15 स्वास्थ्य उपकेन्द्र तथा कुल 44 ए.एन.एम. नियुक्त हैं। सभी 15 स्वास्थ्य उप केन्द्रों पर 2 ए. एन.एम. तैनात हैं। इस सी.एच.सी. के अधीन कुल 7 ममता वाहन हैं जो विभिन्न पंचायतों पर तैनात हैं।

जिला कलेक्टर ने कुछ आदिवासी कल्याण योजनाओं की शुरूवात की है जिसमें स्वास्थ्य विभाग भी जिम्मेदारी के साथ शामिल है। उदाहरण के लिए, गोड्डा सिविल सर्जन (सी.एस.) ने बताया कि "संस्थागत प्रसव के लिए आई आदिवासी महिला के साथ परिवार के रहने के लिए हमने सी.एच. सी. में एक "बासा" (रहने का स्थान) का निर्माण कराया है जहां परिवार के अन्य सदस्य मरीज के अस्पताल में रहने के दौरान भोजन आदि बना सके और ठहर सके।"

गर्भवती महिलाओं के स्वास्थ्य की निगरानी बढ़ाने और सेवाओं को बेहतर बनाने की कोशिशें भी जारी थीं, ताकि समस्याओं को समय पर चिन्हित किया जा सके। सुन्दरपहरी सी.एच.सी के एम.ओ.आई. सी. डा. ओरांव ने बताया कि पिछले दिनो प्राप्त गड़बड़ियों के आधार पर ए.एन.सी. के तरीकों में थोड़ा बदलाव किया गया है। अब तीन ए.एन.सी. जाँच के बजाय 4 ए.एन.सी. जाँच आवश्यक बना दिया गया है और जाँच में रक्तचाप, प्रोटीन के लिए पेशाब, हिमोग्लोबिन के लिए खून आदि जाँच को ए.एन.सी. सेवाओं में शामिल कर लिया गया है। सी.एस. डा.राम ने भी इसकी चर्चा की। साथ ही सी.एच.सी. पर प्रत्येक बुधवार को सभी सहिया की नियमित बैठक होती है जिसमें उन्हें जानकारियां और वितरण के लिए फिलारियासिस आदि दवाइयां दी जाती हैं। यूनीसेफ के जिला प्रभारी अधिकारी ने बताया कि व्यवस्था को बेहतर बनाने के लिए मासिक निगरानी बैठके हो रहीं हैं, स्वास्थ्य उप केन्द्र के कुछ भवन मौजूद हैं और सभी स्वास्थ्य उप केन्द्रों पर 2 ए.एन.एम. की तैनाती है। जिला सी.एस. डा. राम ने बताया कि ए.एन.सी. तथा अन्य सेवाओं को बेहतर बनाने के लिए सभी स्वास्थ्य उप केन्द्रों पर प्रत्येक माह के अन्तिम सोमवार को सभी सहिया और ए.एन.एम. के साथ मासिक निगरानी बैठक का आयोजन होता है ताकि मातृ शिशु निगरानी व्यवस्था (एम.सी.टी.एस.) के अन्तर्गत मातृ शिशु स्वास्थ्य (एम.सी.एच.) आंकड़े से सम्बंधित विवरण साझा किये जा सके।

मातृ मृत्यु समीक्षा (एम.डी.आर) के सन्दर्भ में:– सुन्दरपहरी ब्लाक में मातृ मृत्यु की संख्या अधिक होने और मातृ मृत्यु समीक्षा के महत्व के सन्दर्भ में सी.एच.सी. सुन्दरपहरी के एम. ओ.आई.सी. ने यह स्वीकार किया कि मानव संसाधन की कमी होने के कारण वे तत्काल एम.डी.आर. में सक्षम नहीं हैं। हालांकि जब भी उन्हें किसी मातृ मृत्यु के मामले की सूचना मिलती है, वे सबसे पहले ए.एन.एम. को जॉच का आदेश देते हैं। मामले के सही पाये जाने पर डाक्टरों की टीम मौखिक शव परीक्षण कर जिले को एम.डी.आर. रिपोर्ट भेजती है। एम.डी.आर. रिपोर्ट पर जिले की बैठकों में चर्चा होती है लेकिन अब तक उन कारणों को समाप्त करने की दिशा में कोई ठोस कदम नहीं उठाये जा सके हैं।

जिला अस्पताल, गोड्डा:– यह पूर्व में उपखण्ड अस्पताल था जिसे अब जिला अस्पताल बना दिया गया है। वर्तमान में अब यहाँ केवल 46 बिस्तर हैं, लेकिन बहुत जल्द ही इसे 100 बिस्तरों के अस्पताल में विस्तृत कर देने की योजना है। एक नये दो मंजिला भवन का निर्माण चल रहा है जिसे जल्द ही अस्पताल को दे दिया जायेगा। इस नये भवन में खिड़कियाँ नहीं बनाई गई हैं। इस नये भवन मे नये बिस्तरों के साथ साथ अन्य औजार पहले से ही उपलब्ध हैं।

पुराने अस्पताल में सी.एस. तथा अन्य अधिकारियों के कार्यालय हैं, एक सामान्य पुरूष और महिला वार्ड, ए.एन. सी. कमरा, 2–3 कमरे (भण्डार) और इन्तजार कर रहे मरीजों और देखभाल करने वालों के लिए बिन चादरों के 6 बिस्तरों वाला एक बड़ा हॉल है। एक पुराना छोटा प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आर.सी.एच.) वार्ड है, 10 बिस्तर वाला एक कमरे का मातृत्व वार्ड है, ग्रील लगा हुआ एक बरामदा है जिसमें तीन अतिरिक्त बिस्तर हैं, और एक नया कमरा है जिसमें दो खटिया और एक कमरा गर्म करने का हीटर है। इसके बगल में एक प्रसव का कमरा है जिसमें दो प्रसव टेबल हैं, एक अस्थाई हाथ धोने का बेसिन है, प्लास्टिक की चादर एवं विभाजक परदे हैं, गम्भीर मामलों के

प्रबंधन से सम्बंधित कुछ पोस्टर हैं। बाहर खुले में एक कंकरिट फर्श पर माताएं लेटी हुई हैं जिनका कुछ घण्टो पूर्व प्रसव हुआ है और अस्पताल से छुट्टी के इन्तजार में हैं।

गोड्डा जिला अस्पताल के सी. एस. के अनुसार, मेहरावा, महगमा, गोड्डा जैसे क्षेत्रों में, जहां सहिया और ए.एन.एम. के बीच अच्छा सामन्जस्य है, वहाँ मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं की सुगमता ज्यादा है, टीकाकरण की दर उंची है, मातृत्व मृत्यु दर कम हुआ है (277), और संस्थागत प्रसव 20 प्रतिशत बढ़ गया है। जिला अस्पताल में, जहाँ प्रति माह केवल 120 से 140 प्रसव होते थे, वहीं अब यह संख्या बढ़ कर 435 प्रसव प्रति माह तक पहुँच गई है। ऐसा होने से अस्पताल में लगातार भीड़ बनी रहती है और कई गर्भवती महिलाओं को बिस्तर नहीं मिल पाता।

सी.एस. ने बताया कि मलेरिया और काला जार के मामले अब बढ़ गये हैं। अस्पताल में मौंके पर मौजुद युनीसेफ के एक अधिकारी ने बताया कि प्रशिक्षण और वाहनों का नवीनीकरण और पूनर्निधारण किया जा रहा है ताकि जनता की जरूरतों को पुरा किया जा सके। फिर भी खराब सड़कों के कारण जरूरतमंद महिलाओं तक पहुँच पाना अभी भी एक बड़ी चुनौती है।

महगमा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (एफ.आर.यू)

यह अस्पताल 2007 से एम.ओ.आई.सी. डॉक्टर तरूण कुमार मिश्रा की देखरेख में है। उन्होने कई स्वास्थ्य सेवाओं को व्यवस्थित किया है और गम्भीर मामलों में सिजेरियन आपरेशन करना शुरू कर दिया है। अपने सक्षम नेतृत्व में उन्होने 30 बिस्तरों वाले इस सी.एच.सी. को जिले का आदर्श स्वास्थ्य केन्द्र बना दिया है, जहाँ वे तत्काल और उचित स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करते हैं और यहाँ एम.सी.एच. सेवाएं भी बेहतर हैं। जब यह टीम सी.एच.सी. का दौरा करने पहुँची तो डॉक्टर मिश्रा छुट्टी पर थे।

यह एक सुव्यवस्थित सी.एच.सी. था, जहाँ भवन के स्थान का अधिकतम सम्भव उपयोग किया गया था। अस्पताल के प्रवेश द्वार पर स्थित पुराने सी.एच.सी. भवन को सामान्य उपयोग के वस्तुओं की

दुकान बना दिया गया है। नये सी.एच.सी. भवन के सामने जमीन पर अस्पताल की तरफ से सिमेंट का बेंच बनवाया गया है जो मरीजों के लिए इन्तजार करने के स्थान के रूप में उपयोग होता है। अस्पताल के प्रवेश द्वार पर गलियारे में कुछ खटिया रखी है जो सामान्य मरीजों की चिकित्सा में काम आता है। महिला और मातृत्व वार्ड और गलियारे के सभी बिस्तर महगमा और पड़ोस के चार अन्य ब्लाकों से आने वाली महिलाओं से भरे थे। मातृत्व वार्ड और प्रसव कक्ष में तीन प्रसव टेबल, एक इन्तेजार करने के लिए टेबल और दो पालना रखे थे।

महगमा में टीम ने यह पाया कि उस दिन बीस महिलाएं प्रसव पूर्व जाँच हासिल कर चुकी थीं। कूल 16 ममता वाहन किराये पर थे। उपस्थित कर्मचारी ने बताया कि इस सी.एच.सी. पर प्रति माह औसतन 700 प्रसव होते हैं (सितम्बर में 772 और अक्टूबर में 753)। इस सी.एच.सी. के अधीन 29 स्वास्थ्य उप केन्द्र और एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र है और सभी केन्द्रों पर प्रसव होता है। उपलब्ध रिकार्ड के अनुसार, अक्टूबर माह में पी.एच.सी. और एच.एस.सी. पर कूल 167 प्रसव हुए। इस ब्लाक की आबादी 1,99,800 है, 29 पंचायत और 21 एच.एस.सी. हैं। कुल 8 डाक्टर हैं, 7 नर्स हैं और 26 ए.एन.एम. हैं।

सप्ताह में दो दिन 2 डॉक्टरों की टीम द्वारा नसबंदी आपरेशन सेवाएं दी जाती हैं। जिस दिन टीम ने दौरा किया उस दिन भी नसबंदी का आपरेशन किया जा रहा था। प्रतिमाह बाह्य रोगियों की औसत संख्या 2500 तक जाती है लेकिन कर्मचारियों ने बताया कि मुफ्त बांटने के लिए आवश्यक मात्रा में दवाईयाँ उन्हें नहीं मिलती हैं। अतः उन्हें बाहर से दवा खरीदनें के लिए लिखना पड़ता है। वहाँ एक 4 बिस्तरों वाला नवजात रोग केन्द्र (एन.बी.एस.यू.) उपलब्ध था। एक रोगी कल्याण समिति थी, जिसकी बैठके हाल के महीनों तक नियमित हुई थी, जिसमें उन्होने खरिदारी के कुछ निर्णय लिये थे। सी.एच.सी. में रक्त का भण्डार नहीं था, अतः मातृत्व के गम्भीर मामलों में जिसमें रक्त की जरूरत पड़ सकती हो, मरीज को रेफर करना ही एकमात्र विकल्प था। लेकिन प्रसवोत्तर रक्तस्राव और अन्य गम्भीर मामलों में यहीं ईलाज किया जाता है।

एफ.आर.यू. के मातृत्व वार्ड में नियुक्त दो महिला डॉक्टरों और नर्सों ने बताया कि प्रसव के लिए यहाँ आने वाली ज्यादातर महिलाओं को प्रसव पूर्व उपयुक्त देखभल नहीं मिलती। उनमें से अधिकांश रक्ताल्पता से पीड़ित होती हैं, अतः उन्हें खून चढ़ानें की आवश्यकता होती है और उनका बेहतर ईलाज यहाँ कठिन होता है। वे ऐसे मामलों को रेफर कर देती हैं, लेकिन मैग्नेशियम सल्फेट टीकों और सिजेरियन आदि के मार्फत प्रसवोत्तर रक्तस्राव जैसे मामालों को सम्भाल लेती हैं।

टीम को यह बताया गया कि वर्ष 2013 में अप्रैल से लेकर नवम्बर तक कूल 66 सी. सेक्सन मामलों को सफलतापूर्वक देखा गया। यह इसलिए भी महत्वपूर्ण है क्योंकि एम.ओ.सी. में कर्मचारियों के प्रशिक्षित नहीं होने के बावजूद भी वे लम्बे समय से सर्जरी, खासतौर से सी. सेक्सन कर रहें हैं। हाल ही में, स्टेट हेल्थ सोसायटी द्वारा यह आदेश जारी किया गया है कि एम.ओ.आइ.सी. में औपचारिक तौर पर प्रशिक्षित कर्मी ही सी. सेक्सन कर सकेंगे। परिणामस्वरूप, पिछले एक महीने से सी. सेक्सन किया जाना बन्द था और लोगों को इससे काफी कठिनाई हुई। अन्ततः गोड्डा के जिला

IJH-11C
15357 PH

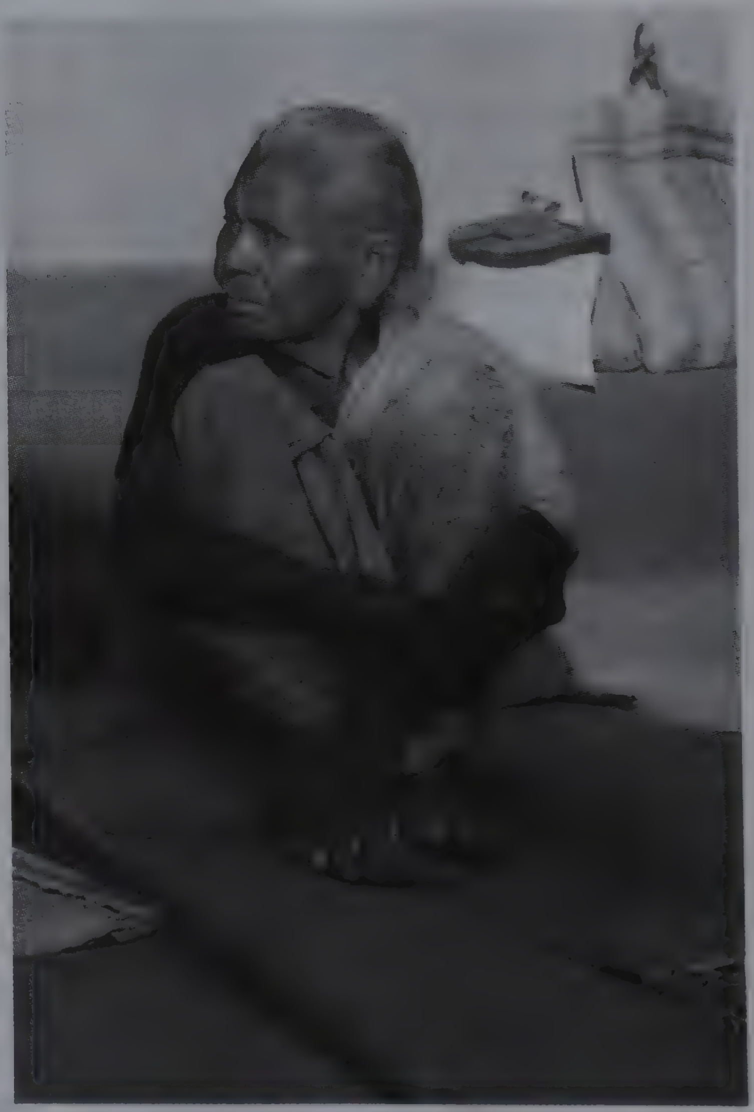
उपायुक्त द्वारा वह आदेश बदला गया और जन कल्याण को ध्यान में रख कर डॉक्टरों को सी. सेक्सन करने की उनुमति मिल गई है।

भाग–स, चिन्हित चुनौतियाँ

स्वास्थ्य विभाग के जितने भी अधिकारियों का साक्षात्कार लिया गया, उनमें से लगभग सभी ने आदिवासी समुदायों के विशेष मामलों के प्रति अपनी जागरूकता व्यक्त की। इसमें आशा, साक्षरता और सांस्कृतिक प्राथमिकता के मामले भी शामिल हैं। इसके अलावा, उन्होंने गोड्डा में स्वास्थ्य प्रणाली के सेवा प्रावधानों के मसलों को भी चिन्हित् किया।

1. आशा, साक्षरता और सांस्कृतिक प्राथमिकता

जिला अस्पताल के अधिकारियों ने बताया कि स्वास्थ्य प्रणाली के लाभ के बारें में आदिवासी समुदायों को सुचित करने में उनकी निरक्षरता सबसे बड़ा अवरोध है। सुन्दरपहरी सी.एच.सी. में नियुक्त एम. ओ.आई. सी डॉक्टर ने बताया कि 50 से 60 प्रतिशत स्वास्थ्य कार्यकर्ता संथाली हैं, अतः वे अपने समुदाय में बातचीत में समर्थ हैं। हालांकि, एक भी पहरिया ए.एन.एम. नहीं होने से पहरिया मरीजों के साथ आशा एवं संचार में काफी दिक्कत होती है।



जिला सिविल सर्जन ने यह स्वीकार किया कि आधुनिक एलोपैथिक चिकित्सा प्रणाली के प्रति आदिवासी समुदायों का भरोसा कम है और वे अपने जनजातिय चिकित्सा प्रणाली पर ज्यादा यकीन करते हैं। इसके परिणामस्वरूप, वे सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग बिल्कुल अन्तिम समय पर करते हैं, जब स्थितियाँ उनके नियंत्रण से बाहर हो चुकी हों। सिविल सर्जन ने यह सुझाव दिया कि स्वास्थ्य योजनाएं आदिवासी समूहों को ध्यान में रखकर बननी चाहिए और इन्हें ज्यादा लचीला बनाया जाना चाहिए। उदाहरण के लिए, अस्पतालों में एलोपैथी प्रणाली के साथ साथ आयुर्वेद, योग, युनानी, सिद्ध और होमियोपैथ (आयुष) प्रणाली अथवा अन्य स्थानीय प्रणालियों का भी उपयोग होना चाहिए। अच्छे स्वास्थ्य के लिए आदिवासी समुदायों में प्रचलित कारगर विधियों को स्वास्थ्य प्रशिक्षण एवं अभ्यास में शामिल किया जाना चाहिए, ताकि वे अस्पतालों से जुड़ सकें और इन्हे स्वीकार कर सकें। सुन्दरपहरी एम.ओ.आई.सी. ने यह भी कहा कि हमें लचीलेपन के साथ आदिवासी संस्कृति को और

ज्यादा समझना चाहिए, आधुनिक स्वास्थ्य प्रणाली को उन पर थोपने के बजाय सदियो से चली आ रही उनकी चिकित्सा प्रणाली को स्वीकार करना चाहिए।

2. सेवा प्रावधान

• **पहुँच–** सुन्दरपहरी एम.ओ.आई.सी. ने बताया कि इस ब्लाक में कूल 220 राजस्व गाँव और 122 आंगनवाड़ी केन्द्र हैं, लेकिन वी.एच.एन.डी. केवल 103 स्थान पर हो रही है। अतः सभी गाँव व टोलों तक पहुँचने के लिए मानव संसाधन की कमी है। विशेष रूप से, 125 पहरीया गाँव पहुँच के बाहर हैं, क्योंकि वे पहाड़ियों पर बसे हैं और सेवाओं की पहुँच से बाहर हैं। उन्होने स्वीकार किया कि खराब सड़क और बुरे संचार नेटवर्कों के कारण कई ए.एन.एम. अथवा सहिया कई टोलों में नहीं जातीं, ऐसे में शिशु टीकाकरण जेसे अति गम्भीर मामले भी छुट जाते हैं। डॉक्टर राम ने यह स्वीकार किया कि दूरदराज के क्षेत्रों के लिए किसी प्रकार की प्रोत्साहन योजना नहीं होने से मुश्किलें ज्यादा हैं। वे वर्तमान उपायुक्त के द्वारा शुरू किये गये आदिवासी कल्याण योजनाओं के मार्फत इन मुश्किलों को दूर करने की कोशिश कर रहें हैं।

उन्होने बताया कि गोड्डा ब्लाक में आवश्यक 214 सहिया की तुलना में केवल 196 सहिया नियुक्त हैं। उनमें से अधिकांश गैर सरकारी संगठनों द्वारा चयनित हैं और उनमें से कुछ ने इसे सरकारी नौकरी समझ कर काम शुरू किया था, इसलिए उनमें से ज्यादातर अपने काम के प्रति समर्पित नहीं हैं। उनमें से कुछ तो महिलाओं को आवश्यक सेवाएं देने से बुरे तरीके से मुकर जाती हैं। लेकिन, शासन के निर्देश के कारण ऐसी सहियाओं को बदलने का निर्णय ब्लाक अथवा जिला स्तर पर नहीं लिया जा सकता। इसी तरह, सुन्दरपहरी एम.ओ.आई.सी. ने बताया कि, 2007 में गैर सरकारी संगठनों द्वारा कुछ ग्रामीण स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों का निर्माण किया गया था। उसमें भी अनेक ऐसे व्यक्ति सदस्य बन गये जिनकी रूची अनटाईड फण्ड के पैसे में ही थी। जिला अस्पताल के अधिकारियों के अनुसार, पुनर्गठन जारी है। वी.एच.एस.सी. अब सहिया का सलाहकार समुह बन गया है। इन समितियों के निर्माण में सरकारी अधिकारी शामिल हैं और अब तक 31 समितियों का निर्माण हो चुका है।

जब टीम ने गोड्डा सिविल सर्जन से जिले के ज्वलंत स्वास्थ्य–मुद्दों के बारे में पुछा, जैसा कि सुनदरपहरी और पोरेयाहाट ब्लाक में मातृत्व मृत्यू की घटनाएं प्रकाश में आईं, सिविल सर्जन ने कहा कि कर्मचारियों और सुविधाओं की कमी के कारण दूर दराज के आदिवासी क्षेत्रों में ऐसी समस्याएं सामने आ रही हैं। फिर भी सहियाओं की मदद से इस पर काबू पाया जा रहा है। ए.एन.सी. में भारी गड़बड़ियों को स्वीकार करते हुए उन्होनें कहा कि विशेष रूप से सुन्दरपहरी, बोआरीजोर और पोरेयाहाट के कुछ हिस्सों में ज्यादा परेशानियाँ हैं।

• **संदर्भन–** सुन्दरपहरी एम.ओ.आई.सी. ने बताया कि सामान्य प्रसव तो उनके अस्पताल में ही होते हैं, लेकिन जोखिम वाले केस को रिफरल प्रोटोकॉल के तहत बेहतर सुविधा के लिए जिला अस्पताल

रेफर कर देना पड़ता है। टीम ने एम.ओ.आई.सी. से पूछा कि क्या जोखिमभरे मुश्किल प्रसव को ए. पी.एच. प्रबंधन, सी सेक्सन और रक्त चढ़ाने आदि के मार्फत जिला अस्पताल में तत्काल किया जा सकता है। एम.ओ.आई.सी. त्वरित इन्तजाम और समाधान के प्रति आश्वस्त नहीं थे। उन्होने बताया कि जिला अस्पताल में रक्त उपलब्ध है और सिजेरियन तथा अन्य जोखिम भरे मामलों के लिए आवश्यक सुविधाएं भी उपलब्ध हैं। फिर भी, यह विशेष तौर पर पूछने पर कि क्या अपने परिवार के सदस्य को आवश्यकता पड़ने पर जिला अस्पताल में रेफर करेंगे, तो उन्होने जवाब दिया कि वे भागलपूर मेडिकल कालेज अस्पताल (पड़ोसी राज बिहार में स्थित) अथवा किसी अन्य नीजी अस्पताल में ही भेजेंगे क्योंकि वहाँ बेहतर गुणवत्ता वाली सेवाएं उपलब्ध हैं। उन्होनें कहा कि वह अधिकृत रूप से किसी मामले को भागलपुर मेडिकल कालेज अस्पताल नहीं भेज सकते, क्योंकि वे झारखण्ड राज्य के बाहर गाड़ी नहीं भेज सकते। ऐसे में लोगों को अपनी नीजी गाड़ियों में ही मरीज को राज्य की सीमा के बाहर भागलपुर ले जाना होता है। हालांकि, डॉ. राम (सी. एस.) ने कहा कि ऐसे मामलों को पी.एच.सी. से सी.एच.सी. से एफ.आर.यू. अथवा भागलपूर मेडिकल कालेज अस्पताल भेजनें में कोई समस्या नहीं है। उन्होने कहा कि ममता वाहन नहीं जा सकता लेकिन जे.एस.एस.के. के अन्तर्गत ऐसे मामलों को वे नीजी वाहन से रेफर कर सकते हैं।

वैसे तो जिला प्रशसन नियमित रूप से रक्तदान शिविर का आयोजन करता रहता है (25 से 30 प्रत्येक वर्ष), जहाँ गोड्डा के उपायुक्त ने भी दो बार रक्त दान किया है, फिर भी रक्त की उपलब्धता अनिश्चित है। गोड्डा जिला अस्पताल को आवश्यकता पड़ने पर रक्त की आपूर्ति तत्काल नहीं हो पाती क्योंकि 65 से 70 किमी. दूर देवघर में खून चढ़ाने की व्यवस्था है। अतः 4 से 5 घण्टे में खून का इन्तेजाम करने से बेहतर यह है कि महिला को त्वरित ईलाज हेतु भागलपूर मेडिकल अस्पताल भेजा जाए, जहाँ उसे तत्काल जीवनरक्षक सेवाएं उपलब्ध हो सकें।

सुन्दरपहरी एम.ओ.आई.सी. ने बताया कि जब वे किसी रोगी को रेफर करते हैं, तो एक वाह्‌य रोगी विभाग का पर्चा बनाया जाता है जिसमें रोगी के अब तक के ईलाज का पूरा ब्योरा लिखा जाता है। हालांकि, उन के द्वारा जिला अस्पताल को रेफर किये जाने वाले मामलों के संदर्भ में कोई भी पूर्व सूचना नहीं दी जाती। उन्होने यह स्वीकार किया कि जोखिम भरे और मुश्किल मामलों को गोड्डा रेफर कर दिया जाता है क्योंकि वहाँ रक्त उपलब्ध है। लेकिन कुछ मामले उनके नियंत्रण से बाहर होते हैं और ऐसे औसतन लगभग 10 मामले प्रतिमाह भागलपुर मेडिकल कालेज अस्पताल रेफर कर दिये जाते हैं।

- **कर्मचारियों की नियुक्ति** – सी.एस. ने नेतृत्व की चुनौतियों के बारे में भी बताया। प्रशासनिक पदों पर लगातार होने वाले स्थानान्तरण के कारण अधिकारी लगातार बदलते रहते हैं और उन्हें कोई साकारात्मक परिवर्तन लाने का समय ही नहीं मिलता। अगर एक समर्पित डॉक्टर को नेतृत्व की जिम्मेदारी निरन्तर दी जाये, जैसा कि महगमा एफ.आर.यू. में हुआ, तो इस जिला अस्पताल से कई गुना बेहतर व्यवस्था बनाई जा सकती है। वहाँ 100 प्रतिशत संस्थागत प्रसव हो रहे हैं और सीमित संसाधनों में भी वे सभी सेवाओं को सक्षम तरीके से चला रहे हैं। यह एफ.आर.यू. के एम.

ओ.आई.सी. के सक्षम प्रशासन का नतीजा है। एम.ओ.आई.सी. सुन्दरपहरी ने बताया कि दूर्गम क्षेत्रों में सेवा प्रदाय के लिए अलग से कोई प्रोत्साहन नहीं है, इस कारण स्वास्थ्य विभाग के पुराने कर्मचारियों में इन क्षेत्रों में सेवा के प्रति कोई समर्पण नहीं है। इन क्षेत्रों में संचार सुविधा की आवश्यकता है और ऐसी सड़कों की जरूरत है जो प्रत्येक मौसम में अच्छी रह सके। इससे कर्मचारियों में दुर्गम और दूर दराज के क्षेत्रों में सेवा प्रदाय को प्रोत्साहन मिलेगा। उन्हें इस पद पर 2 साल से तैनाती मिली है और वे यहीं रहते हैं, और अन्य कर्मचारियों को प्रेरित करने की कोशिश करते हैं। उन्होने बताया कि जिस डॉक्टर को एस.बी.ए. प्रशिक्षण दिया गया है, उनमें अपनी योग्यताओं के प्रति आत्मविश्वास में कमी है, पर यह उम्मीद है कि एम.ओ.आइ.सी. प्रशिक्षण के बाद सिजेरियन करने के प्रति आश्वस्त हो जायेंगी। ओ.टी. तथा अन्य आधारभूत इन्तजाम सी.एच.सी. पर कुछ ही दिनों में उपलब्ध हो जायेंगे। एम.ओ.आई.सी. और अन्य कर्मचारियों ने बताया कि उपयुक्त प्रशिक्षित, कुशल, समर्पित, युवा स्थानीय, फ्रन्टलाइन कार्यकर्ता और अन्य कर्मचारियों की तत्काल आवश्यकता है ताकि सभी गाँवों और टोलों में स्वास्थ्य सेवाए पहुँचाई जा सकें। स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम, किशोरी स्वास्थ्य कार्यक्रम आदि जैसे कई नये कार्यक्रम प्रतिदिन शुरू किये जा रहें हैं।

आधारभूत सुविधाओं, और कर्मचारियों आदि के मामले में एक औसत जिला अस्पताल की तुलना में गोड्डा जिला अस्पताल की स्थिति बेहद खराब है। कुल सृजित 9 स्वास्थ्य अधिकारियों के बजाय केवल 5 नियमित डॉक्टर यहाँ रहते हैं। इनके साथ 6 अतिरिक्त डॉक्टर प्रतिनियुक्ति पर हैं। कूल 3 महिला डॉक्टर हैं जिनमें से 2 ने एम.ओ.आइ.सी. प्रशिक्षण लिया है। हालाकि, अस्पताल की दीवार पर चिपकाये गये नागरिक अधिकार पत्र पर यह लिखा गया है कि कूल 10 पुरूष डॉक्टर, 4 महिला डॉक्टर, 2 दन्त चिकित्सक (बी.डी.एस.), और 23 नर्स उपलब्ध होंगे। जिला अस्पताल में टीम ने यह पाया कि मातृत्व वार्ड क्षमता से अधिक भरा हुआ था और रोगियों की देखरेख में कर्मचारियों की परेशानी स्पष्ट दिख रही थी। रहने की जगह, दवाइयों और अन्य वस्तुओं की आपूर्ति, लिखा पढ़ी

के सारे काम बहुत थोड़े से मानव संसाधन के साथ किया जा रहा था।

• **स्वास्थ्य केन्द्र** – सुन्दरपहरी सी.एच.सी. पर कुछ नये औजारों एवं मशीनों की जरूरत है ताकि बेहतर सेवा प्रदाय के लिए केन्द्र को तैयार किया जा सके। एम.ओ.आई.सी ने यह भी कहा कि सभी स्तरों पर स्वास्थ्य कर्मियों के बेहतर प्रशिक्षण की आवश्यकता है। जनता का विश्वास निर्मित करने और अन्य विभागों के साथ बेहतर संयोजन की आवश्यकता को चिन्हित करते हुए उन्होने कहा कि जल आपूर्ति और स्वच्छता, शिक्षा, सड़क जैसे विकास के अन्य मसलों पर भी काम हो सके। महगमा में कर्मचारियों ने बताया कि उन्हें मुत वितरण के लिए पर्याप्त दवाईया नहीं मिलती अतः रोगियों को बाहर से दवा खरीदने के लिए लिखना पड़ता है।

• **प्रसवपूर्व के दस्तावेज** – प्रसव के लिए महगमा आने वाली गर्भवती महिलाएं अपने ए.एन.सी. कॉर्ड लेकर आती हैं, लेकिन फैक्ट फाईण्डिंग टीम ने यह पाया की ये कॉर्ड पूर्णरूप से भरे हुए नहीं थे और प्रसव में सम्भावित जोखिम के बारे में कोई सूचना नहीं थी। जब इसे कर्मचारियों के संज्ञान में लाया गया तो नर्सो ने यह स्वीकार किया कि गर्भवती महिला के सेहत की वास्तविक तस्वीर ए.एन. सी. कॉर्ड से नहीं मिलती। प्रसवोत्तर रक्तस्राव और रक्ताल्पता जैसे सामान्य जोखिम वाली परिस्थितियों को सिजेरियन के दौरान सम्भाल लिया जाता है लेकिन दिल और अति रक्ताल्पता जैसे मामलों में रक्त और बेहतर आई.सी.यू. के अभाव में रोगयों को भागलपूर मेडिकल कालेज रेफर कर दिया जाता है।

जब टीम ने डॉक्टर पूजा और डाक्टर वानदेवी सहाय से बातचीत की तो उन्होनें बताया कि अतिरिक्त जोखिम वाले मामलों में पर्याप्त ए.एन.सी. दस्तावेज ना होने से ऐसे मामलों को सम्भालना एक बड़ी चुनौती होता है। दोनों ही महिला डॉक्टरों ने यह कहा कि खराब ए.एन.सी. और गर्भावस्था के दौरान खतरनाक संकेतों को परिवार द्वारा चिन्हित न किये जा सकने से मातृत्व मृत्यू की संख्या लगातार बढ़ रही है क्योंकि ऐसे मामलों में समय पर उचित सेवाएं उपलब्ध नहीं हो पाती। फिर भी अपर्याप्त कर्मचारियों के साथ ए.पी.एच. जैसे मामले को सम्भालने की पूरी कोशिश की जाती है लेकिन उन मामलों को रेफर कर दिया जाता है जो अपनी क्षमता से बाहर होते हैं। उन्हें रेफर किये गये मामलों की पूरी पृष्ठभूमि को मोबाइल से संचारित करने की योजना काफी अच्छी लगी क्योंकि ऐसा करने से रोग की पहचान और ईलाज में महत्वपूर्ण समय की बचत होगी।

भाग–द बेहतरी के लिए स्वास्थ्य विभाग की योजनाएं

जब टीम ने हाल ही में कार्यभार सम्भाले स्वास्थ्य मंत्री श्री राजेन्द्र प्रसाद सिंह से मुलाकात की तो उन्होनें बताया कि सबसे पहले कदम के रूप में वे 6 सिविल सर्जन के खिलाफ अनुशासनात्मक कार्यवाही और 133 अन्य डॉक्टरों को बर्खास्त करने वाले हैं क्योंकि ये सभी अपनी तैनाती के स्थान पर लगभग हमेशा अनुपस्थित रहते हैं। स्वास्थ्य प्रणाली को सुचारू बनाने के लिए उन्होंने 201 डॉक्टरों की रूकी हुई नियुक्ति को भी स्वीकृत कर लिया है। वे संविदा डॉक्टरों को मात्र 20000 रूपये प्रति माह की छोटी रकम देने के खिलाफ हैं क्योंकि यह डॉक्टरों को ग्रामीण स्तर पर सेवा

प्रावधानों के लिए आकर्शित नहीं करता। वित मंत्री भी होने के कारण उन्होंने डॉक्टरों और पैरामेडिकल कर्मचारियों के वेतन और सहिया को दिये जाने वाले प्रोत्साहन राशी पर पूनर्विचार का प्रस्ताव दिया है।

स्वास्थ्य मंत्री ने कहा कि वे स्वास्थ्य प्रणाली को बेहतर बनाने के लिए जरूरी कदम उठाने को उत्सुक हैं। उन्होंने कहा कि ए.एन.एम और अन्य पैरामेडिकल कर्मचारियों के प्रशिक्षण के लिए अच्छे संस्थानों की कमी है अतः उन्होंने दो नर्स प्रशिक्षण संस्थानों को मंजूर कर लिया है। कई महत्वपूर्ण मंत्रालयों के प्रभारी होने के कारण वे ऐसे कदम उठा सकते हैं।

स्वास्थ्य मंत्री ने कहा कि अस्पतालें को ग्रामीणों के लिए सुगम बनाने की दृष्टि से एम्बुलेंस सेवा को मजबूत बनाया जा रहा है। स्वास्थ्य मंत्री ने यह भी कहा कि स्वास्थ्य केन्द्र और समुदाय के बीच महत्वपूर्ण कड़ी होने के नाते सहियाओं को साईकिल उपलब्ध कराई गई है ताकि दूर दराज के क्षेत्रों में उनका जुड़ाव बेहतर हो सके। साथ ही, उन्होनें बताया कि सहियाओं के बकाया भुगतान को भी जारी कर दिया गया है। गोड्डा जिला के यूनीसेफ अधिकारी ने बताया कि ए.एन.एम. को मोपेड दिये जाने का इन्तजाम भी स्वास्थ्य मंत्री द्वारा किया जा रहा है।

गोड्डा जिला सिविल सर्जन ने यह कहा कि घरों तक सेवाओं की बेहतर पहुँच बनाना जरूरी है ताकि आदिवासी परिवार कटाव न महसूस करे। साथ ही, दूर दराज के गावों के लिए ''डोली अथवा स्ट्रेचर'' की सुविधा बनानी चाहिए जो सड़क पर खड़ी ममता वाहन या एमबुलेंस तक रोगियों को पहुँचा सके। डॉक्टर राम ने बताया की वी.एच.एस.सी. के जिला निगरानी प्रणाली को भी मजबूत और प्रभावी बनाया जा रहा है। उन्होने यह स्वीकार किया की पंचायत और अन्य आदिवासी नेताओं के माध्यम से आदिवासी समाज को स्वास्थ्य प्रणाली का उपयोग बढ़ाने के लिए प्रेरित किया जा सकता है। उन्होने यह भी कहा कि स्थानीय फ्रन्टलाइन कार्यकर्ताओं के प्रशिक्षण माड्यूल में आदिवासी समुदायों में प्रचलित कारगर तौर तरिकों को शामिल कर लेने से स्थिति को बेहतर बनाने में निश्चय ही मदद मिलेगी।

4. विमर्श

यह रिपोर्ट गोड्डा जिले की परिस्थितियों का लघुचित्रण करती है जिसमें विशेष रूप से सुन्दरपहरी ब्लॉक के पिछड़े जनजातिय समुदायों को रेखांकित किया गया हैं। अपने स्वाभाविक सीमाओं में रहते हुए भी यह रिपोर्ट इस क्षेत्र के सामान्य प्रचलन को दर्शाती है, जहाँ मातृत्व मृत्यु के, डरावने आंकड़ों को स्वतंत्र रूप से उठाया गया है। उससे यह पता चलता है कि इन आदिवासी गांवों की महिलाओं के लिए ए.एन.सी., बच्चों के टीकाकरण जैसी आधारभूत स्वास्थ्य सेवाएं सुगम नहीं हैं। परिणामस्वरूप, वे स्वास्थ्य केन्द्रों से पूर्ण रूप से कटी हुई हैं और उन सभी ने घर पर प्रसव का ही विकल्प चुन लिया है। कठिनाईपूर्ण परिस्थितियों मे भी वे स्वास्थ्य केन्द्रों पर देखभाल के लिए भी नहीं आती।

इस रिपोर्ट में प्राप्त तथ्यों को मानवाधिकार के दायरे में रख कर भी देखा जा सकता है। यह रिपोर्ट मातृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के उच्च गुणवत्तापूर्ण, उपलब्ध, सुगम और स्वीकार्य होने की वकालत करता है।

अ. क्या सेवाएं उपलब्ध हैं?

स्वास्थ्य केन्द्र पर सेवाओं (प्रदाता और सामग्री) की उपलब्धता के सन्दर्भ में एक मिलीजुली तस्वीर उभरती है। सरकार ने स्पष्टतः स्वास्थ्य केन्द्रों पर आवश्यक मानव संसाधन उपलब्ध कराने की कोशिश की है, फिर भी कर्मचारियों की कमी बरकरार है। जबकि एफ.आर.यू. में कर्मचारियों की

संख्या पर्याप्त है, सिजेरियन की सुविधा भी उपलब्ध है, फिर भी यह सुन्दरपहरी क्षेत्र की महिलाओं के लिए सुगम नहीं है। मुश्किल मामलों में महिलाओं के पहुँच की परिधि स्थानीय सी.एच.सी. और अत्यधिक भीड़ भाड़ वाले जिला अस्पताल तक है, जहाँ से उन्हे राज्य की सीमा से बाहर भागलपुर भेज दिया जाता है।

दवाईयों की उपलब्धता भी एक अलग पहलू है। अत्यधिक कार्यभार (लगभग 700 प्रसव प्रति माह) होने के बावजूद भी यह आश्चर्यजनक है की एफ.आर.यू. में दवा का भण्डार खत्म हो जाता है और उन्हें बाजार की दवाईया लिखनी पड़ती हैं।

समुदाय के स्तर पर सेवाओं की उपलब्धता की स्थिति काफी विकट है। ए.एन.एम. गाँव में नहीं जातीं, कई टोलों के लिए स्वास्थ्य उपकेन्द्र सुगम नही है, और आधे से भी कम गाँवों में (220 राजस्व गांवों में 103) वी.एच.एन.डी. का आयोजन हो रहा है। परिणामस्वरूप अपर्याप्त ए.एन.सी. केवल टी.टी. टीकाकरण तक सीमित है। हिमोग्लोबिन, रक्तचाप और अन्य जाँच की कोई व्यवस्था नहीं है। पी.वी.टी.जी. के लिए कोई परिवार नियोजन सेवाएं उपलब्ध नहीं हैं क्योंकि यह प्रचलित है कि सरकार उन्हें "खत्म होने से बचाना चाहती है"। ऐसे में उन्हें गर्भनिरोधक सेवाएं नहीं दी जाती जिससे बार बार गर्भधारण की स्थिति बन जाती है।

सहियाओं से पर्याप्त वार्ता नहीं हो सकी, फिर भी ग्रामिणों का यह कहना है कि दूरी, जातिबंधन और उचित प्रेरणा के अभाव में सहिया अनेक टोलों तक नहीं पहुँचती। स्थानीय स्वास्थ्य प्रबंधक ने राज्य मुख्यालय की आपत्तियों का हवाला देते हुए बताया कि पुराने सहियाओं की जगह नई की नियुक्ति बहुत कठिन है। चुंकि कम साक्षरता दर वाले क्षेत्रों में शिक्षित महिलाएं स्वयंसेवा के लिए उपलब्ध नहीं होती, ऐसे में सहियाओं का प्रशिक्षण काफी चुनौतिपूर्ण हो जाता है। निम्न साक्षरता समुहों को प्रशिक्षण देने वाले विशेष तरीकों का उपयोग भी इन क्षेत्रों में नहीं हो रहा है। परिणामस्वरूप अपनी भूमिका के लिए सहिया की योग्यता अपर्याप्त दिखती है।

समुदाय में स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच में कमी के परिणामस्वरूप लोग स्थानीय अनौपचारिक चिकित्सकों, डोम, ओझा अथवा आर.एम.पी. की शरण में जाते हैं। टी.बी.ए. के द्वारा किये गये देख भाल की गुणवत्ता के बारे में हमें कोई जानकारी नहीं है, जो आम तौर पर शुल्क के रूप में एक साड़ी, कुछ अनाज और कुछ सौ रूपये लेती हैं। हालाकि, एक महिला ने प्रसव के लिए 2000 रूपये देने की बात भी बताई। आर.एम.पी. द्वारा उन्हें प्रसव के दौरान कई अज्ञात प्रकार के टीके लगाये जाते हैं (सम्भवतः ऑक्सीटोसिन), तथा उन्हें मुश्किल प्रसव को सम्भालने के लिए औपचारिक प्रशिक्षण भी प्राप्त नहीं होता। यह भी बताया गया की मलेरिया के मामलों में भी आर.एम.पी. को बुलाया जाता है, लेकिन उनके महंगे होने के कारण महिलाएं उनसे उपचार नहीं लेती। दुसरी ओर, जड़ी बुटीयों से ईलाज करने वालों ने मलेरिया के कई मामलों को सफलतापूर्वक ठीक किया है जिनमें गर्भवती महिलाओं को होने वाला मलेरिया भी शामिल है।

ब– क्या सेवाएं सुगम हैं ?

जैसा की उपर वर्णित है, पूरे वर्ष ठीक रहने वाली सड़कें आदिवासी समुदायों के गाँवों तक नहीं जाती। कई जनजातियाँ पहाड़ी के उपर दूरदराज के गावों में निवासरत हैं जहा पगडंडियों के मार्फत

ही जाया जा सकता है। कई गाँव जंगलों से घिरे हुए हैं, और कुछ गाँवों में बिना पूल के नदियों को पार कर जाना पड़ता है, जो बारिश के दौरान असम्भव है। टीम ने 3 ऐसे गाँवों का दौरा किया जहाँ जाने में थोड़ा समय तो लगता है लेकिन वहाँ निवसरत समुदाय तक पहुँचना असम्भव नहीं है। फिर भी, स्वास्थ्य प्रदाताओं को इस प्रयास के लिए अलग से प्रोत्साहन राशि की जरूरत है। यह ब्लाक और जिला स्तर के अधिकारीयों द्वारा रेखांकित भी किया गया था।

स्थानीय परिवहन के सन्दर्भ में, गाँव इतना छोटा है और लोग इतने गरीब हैं कि पूरे समुदाय के पास एक भी वाहन उपलब्ध नहीं है। वे परिवहन में सहायता के लिए पड़ोस के गाँवों में सम्पर्क करने से बचते हैं। सरकार ने ममता वाहन प्रणाली के रूप में समस्या के समाधान के लिए एक बड़ा प्रयास किया है, और पर्याप्त संख्या में गाड़िया एम्बुलेंस के रूप में इस्तेमाल हो रहीं हैं। फिर भी, ग्रामिणों को फोन नम्बर की जानकारी नहीं है और सहिया ने यह भी नहीं बताया है कि एम्बुलेंस को कोई भी बुला सकता है। पहाड़ी क्षेत्र होने के कारण फोन के नेटवर्क नहीं होने की भी समस्या है, और बिजली की कमी के कारण फोन चार्ज करना भी कठिन है। दूर दराज के गाँवों से महिलाओं को सड़क तक पहुँचाने के लिए डोली की भी जरूरत है। राज्य की सीमाओं के बाहर सन्दर्भन भी एक अलग मुद्दा है क्योंकि ज्यादातर डॉक्टर मुश्किल मामलों को बिहार मेडिकल कालेज भेजते हैं जबकि ममता वाहन उन्हें ले जाने से इन्कार कर देता है। इस मुद्दे को भी सुलझाने की आवश्यकता है।

इन क्षेत्रों में केवल डोम, ओझा और आर.एम.पी. की सेवाएं उपलब्ध हैं। असल में, जहाँ भी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र क्रियाशील नहीं है, वहाँ अनेको आर.एम.पी. फल फूल रहे हैं। स्वास्थ्य कर्मचारियों की संख्या कम होने से पर्याप्त प्रसार कठिन है, क्योंकि दूरदराज के गाँवों में समुदाय छोटे छोटे टोलों में रहता है। मानव संसाधन की कमी वाले क्षेत्रों में यह लगातार चुनौती बना हुआ है।

स– क्या सेवाएं स्वीकार्य हैं ?

जिन 3 गाँवों का दौरा किया गया, उनमें सभी महिलाओं ने घर पर ही बच्चे को जन्म दिया। इनमें से कुछ प्रसव काफी कठिन थे। इनमें से एक गाँव में एक मातृत्व मृत्यु घटित हुआ था। फिर भी महिलाएं स्वास्थ्य केन्द्रों पर जाना जरूरी नहीं समझती। सहिया स्वयं ही संस्थागत प्रसव में अपनाये

जाने वाले तरीकों से संतुष्ट नहीं थी। सी.एस. ने बताया कि "बासा" आदि का निर्माण कर विशेष प्रयास किये जा रहे हैं जहाँ आदिवासी महिलाएं और उनके परिवार ठहर सकें। लेकिन इस व्यवस्था का जिक्र स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा नहीं किया गया जिससे यह शक पैदा होता है कि वास्तव में यह क्रियाशील है भी या नहीं।

साथ ही, भाषा की समस्या भी है। पहरिया जनजाति दुसरी भाषा का उपयोग करती है, जबकि उनके समुदाय की किसी नर्स की तैनाती किसी केन्द्र पर नहीं है। जनजातिय समुदायों को अशिक्षित और गैर जानकार समझा जाता है, और उनमें प्रचलित तरीकों को हेय दृष्टि से देखा जाता है। स्वास्थ्य विभाग के द्वारा जनजातिय स्वास्थ्य प्रणाली में जनजातियों के बीच प्रचलित लाभप्रद व्यवहार को एकिकृत करने की कोई कोशिश नहीं की गई है। अतः आदिवासी इन केन्द्रों पर जाने से बचता है। जैसा की यह स्पष्ट है, सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों पर वह तब तक नहीं जाता जब तक की स्थिति काफी गम्भीर नहीं हो जाती। ऐसे में अक्सर देर हो जाती है। आदिवासी जनजातियों में उपचार की दृष्टि से उपयोग में लाये जाने वाली जड़ी बुटियों का न तो अध्ययन और न ही दस्तावेजीकरण किया गया है। अतः इन्हें स्वास्थ्य प्रणाली में शामिल भी नही किया जा सका है। गोड्डा सी.एस. ने यह रेखांकित जरूर किया कि ऐसा किया जाना चाहिए, लेकिन किन्ही कारणवश वे स्वयं ऐसा करने में अभी तक सक्षम नहीं हो सके।

समुदाय में होने वाली मातृत्व मौतों ने समुदाय का ध्यान इस ओर जरूर खींचा है कि स्थानीय डोम अथवा डागरी बुरी (टी.बी.ए.) प्रर्याप्त रूप से प्रशिक्षित नहीं है। फिर भी स्वास्थ्य विभाग ने इन सेवा प्रदाताओं को बिलकुल नजरअन्दाज किया है और सेवाओं में इन्हें समाहित करने की कोई कोशिश नहीं की गई है। यह बताना महत्वपूर्ण है कि जब सहिया (जो एक टी.बी.ए. थी) एक महिला को अस्पताल ले आती है, तो उससे ही प्रसवोपरान्त की साफ सफाई की अपेक्षा की जाती है, जो कि घर पर होने वाले प्रसवों के दौरान टी.बी.ए. की नियमित जिम्मेदारी थी।

द– क्या सेवाएं उच्च गुणवत्तापूर्ण हैं ?

हमारे पास ऐसा कोई प्रमाण नहीं है जिससे स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध सेवाओं की गुणवत्ता का पता लगाया जा सके, क्योंकि हमसे मिलने वाली सभी महिलाओं ने केन्द्र पर उपलब्ध सेवाओं का उपयोग नहीं किया था। हॉलाकि, हम यह जानते हैं कि जिला अस्पताल में क्षमता से अधिक भीड़ थी और महिलाओं को नवजात के साथ बरामदे और खुले आसमान के नीचे लेटाया गया था। एफ.आर.यू. के द्वारा बेहतर एम.ओ.आइ.सी. दिया जाना प्रतीत हुआ और परिणामस्वरूप उनके पास अधिक संख्या में मामले आते हैं। यद्यपि, यह तुलनात्मक रूप से विकसित संथाल समुदाय को सेवाएं देता है, और अधिकांश पहरिया इसकी परिधि से बाहर हैं।

एम.ओ.आइ.सी. मामलों मे कुशल सहायता करने में सुन्दरपहरी सी.एच.सी. असमर्थ है, क्योंकि प्रशिक्षित डॉक्टर ने अभी तक सिजेरियन करना नहीं शुरू किया है। रक्त चढ़ाने के मामले में जिला अस्पताल की अपनी सीमाएं हैं। आश्चर्यजनक रूप से महगमा स्थित एफ.आर.यू. में रक्त भण्डारन की कोई सुचारू व्ययवस्था नहीं है। ऐसे क्षेत्र में जहाँ भारी संख्या में महिलाएं रक्ताल्पता से पीड़ित हैं, वहाँ यह अस्वीकार्य है।

हम यह भी जानते हैं कि प्रसवपूर्व देखभाल सेवाएं खतरे के संकेतों को पहचान पाने में असमर्थ हैं। उपलब्ध आंकड़ों के अनुसार एक तिहाई से भी कम महिलाओं के और प्रत्येक पाँच में केवल एक महिला के हिमोग्लोबिन की जाँच की गई (ए.एच.एस. 2011)। द्वीतियक आंकड़े यह बताते हैं कि प्रसवोत्तर देखभाल सेवाएं भी सामान्य से कम हैं। गाँव में जिन भी महिलाओं से मुलाकात हुई उनमें से किसी को भी प्रसवपूर्व अथवा प्रसवोत्तर देखभाल नहीं मिला। बनर्जी के दस्तावेजीकरण से यह

स्पष्ट है कि रक्ताल्पता और उच्चरक्तचाप सम्बंधी बिमारियाँ समय पर चिन्हित् नहीं हो पाने से ज्यादातर जिन्दगियाँ खत्म हो जाती हैं।

सेवाप्रदाताओं के व्यवहार के सन्दर्भ में, ऐसा लगता है कि आदिवासी स्वास्थ्य प्रदाताओं का व्यवहार आंशिक रूप से बेहतर है। लेकिन उनमें भी उपजनजातियों के बीच के मसलों को सुलझाना भी जरूरी है। सिविल सर्जन आदिवासी समुदायों द्वारा झेले जाने वाली समस्याओं पर गम्भीरता से विचार करते हुए प्रतीत हुए लेकिन यह कहना मुश्किल है कि उनकी चिन्ता महिलाओं के प्रति कर्मचारियों के व्यवहार में झलकती है अथवा नहीं। आदिवासी समुदायों की परेशानियों के प्रति उपायुक्त भी कुछ प्रयास करते हुए प्रतीत हुए लेकिन फिलहाल इस बात का अन्दाजा लगाना मुश्किल है कि उनके प्रयास कितने प्रभावी हैं।

यह स्पष्ट है कि नीजी क्षेत्र पूर्णरूप से अनियंत्रित है। उन्होने क्षेत्र में अपनी पैठ जमा ली है और महिलाओं को अपातकालीन परिस्थितियों में उपचार मुहैया करा रहें हैं, साथ ही दिमागी मलेरिया के अलावे मलेरिया के अन्य स्वरूपों का भी, बिना किसी औपचारिक प्रशिक्षण के ईलाज कर रहें हैं।

पोषण सम्बन्धि सेवाओं के सन्दर्भ में यह पाया गया की आंगनवाड़ी कार्यकर्ता कभी कभी टी.एच.आर. का वितरण करती है और इसकी सूचना सभी महिलाओं तक नहीं पहुँचती है। दूर दराज के गावों में आंगनवाड़ी कार्यकर्ता नहीं रहने से टी.एच.आर. भी नहीं पहुँचता। यह सच है कि पी.डी.एस. नियमित रूप से कार्यरत है और दुकानें दूर होने के बावजूद भी लोग वहाँ तक पहुचने का कष्ट उठाते हैं। लेकिन उसमें पोषक तत्वो से भरपूर स्थानीय अनाज को शामिल नहीं किया गया है और इन दुकानों से देश के अन्य स्थानों पर दिये जाने वाले अनाज ही वितरित किये जाते हैं। वी.एच.एन.डी. की प्रकिया के बारे में, जिसे सेवा प्रावधानों की अनेक समस्याओं के समाधान के रूप में देखा जाता है, सुन्दरपहरी एम.ओ.आई.सी. ने स्वयं यह स्वीकार किया की कुल 220 राजस्व गाँवों में केवल 103 वी. एच.एन.डी. का ही आयोजन हो पा रहा है। यह स्पष्ट है कि इस मामले में सेवाओं की पहुँच एक जटिल समस्या है।

5. तथ्यशोधन के निष्कर्ष व सुझाव

झारखण्ड के गोड्डा जिले में मातृ स्वास्थ्य व उससे सम्बन्धित निर्धारक

एन.ए.एम.एच.एच.आर. ने इस तथ्यशोधन मिशन का आरम्भ ''इकोनॉमिक एडं पॉलिटिकल वीकली'' नामक पत्रिका में छपे लेख **(स्टेरवे टू डेथ; मेटरनल मोर्टेलिटी बिओन्ड नम्बरस, बनर्जी– अगस्त 3 Vol XLVIII no. 31, 2013)** के बाद किया जिसमें यह निकल कर आया कि पिछले एक साल के अन्दर झारखण्ड के गोड्डा जिले के दो ब्लॉकों में 23 मातृ मृत्यु के केस सामने आये, जो कि ज्यादातर जनजाति समुदाय के युवा गरीब महिलाओं के थे **(जिसमें विशेष रूप से कमजोर जनजातिय समूह शामिल थे।)** इस तथ्यशोधन का उद्देश्य था मातृ स्वास्थ्य व उससे सम्बन्धित निर्धारकों पर समझ विकसित करना और स्वास्थ्य व पोषण की सेवाओं में सुधार लाने के लिए वैकल्पिक रणनीतियों के लिए सुझाव देना।

द्वितीयक आंकड़े हमें यह बताते हैं कि मातृ स्वास्थ्य के मुद्दे पर काम करने के लिए हर क्षेत्र में एक ही जैसी रणनीति कारगर नहीं हो सकती। गोड्डा जिले के आंकड़े यह बताते हैं कि वहाँ की घरेलू प्रसव दर 75.2 प्रतिशत है जो कि संस्थागत प्रसव (24.4 प्रतिशत) से 3 गुना ज्यादा है। इसके बावजूद भी सरकार **घर पर प्रसव कराने वाली महिलाओं की सुरक्षा पर ध्यान नहीं दे रही है** और

घरेलू प्रसव में जटिलताओं के दौरान प्रभावी रेफरल सुविधाओं के लिए योजनाओं को प्रभावी नहीं कर रही है।

सुन्दर पहाड़ी ब्लॉक जहाँ की 79 प्रतिशत जनसंख्या जनजातिय समुदाय की है, वहाँ पर प्राचीन जनजाति जैसे पहड़िया का अनुपात काफी ज्यादा है साक्षरता दर काफी कम (27 प्रतिशत) है और संचार माध्यमों का अभाव है जो स्थिति को और भी गम्भीर बनाता है। यहाँ पर विशेष रूप से कमजोर जनजातिय समूह की महिलाओं की जान बचाने के लिए अलग–अलग विभागों में आपसी समन्वय का अभाव है जिसके कारण जिन माताओं की जान बचाई जा सकती थी उनकी भी मृत्यु हो रही है। सार्वजनिक वितरण प्रणाली (PDS) के लागू होने से वहाँ के पारम्परिक भोजन जो कि जंगलों एवं मिश्रित जैविक खेती से जुड़े हुए थे वह पूर्ण रूप से अव्यवथित हो गए हैं। वन एवं कृषि विभाग भी इस मुद्दे पर ध्यान नहीं दे रहे हैं। उनके क्षेत्र में उगने वाले लौह–युक्त खाद्य पदार्थों की उपेक्षा कर गर्भावस्था के दौरान आयरन की गोलियाँ दी जा रही हैं जो कि आदिवासी संस्कृति के लिए विदेशी प्रथा है।

उनकी जड़ी बूटियों और परम्परागत प्रसव के स्थानीय ज्ञान पर ध्यान न देकर पूर्ण रूप से एलोपैथिक स्वास्थ्य प्रणाली पर जोर दिया जा रहा है जिसके तहत उन्हें अस्पतालों तक आने के लिए मजबूर किया जा रहा है जहाँ पर उनकी भाषा को कोई नहीं समझता है। उनमें से ज्यादातर महिलायें कभी स्कूल नहीं गई हैं जो उनके लिए संचार में एक बहुत बड़ा बाधक है। बड़े–बड़े औद्योगिक समूह द्वारा स्थापित नई फैक्ट्रियों तक सड़कों का निर्माण हो गया है परन्तु विशेष रूप से कमजोर जनजातिय समूह जो पहाड़ो और जंगलों के बीच रहना पसन्द करते हैं उनके गाँव तक सड़कों की पहुँच नहीं हो पाई है।

झारखण्ड और अन्य जनजातिय समुदाय के क्षेत्रों के अर्न्तगत आने वाले विभिन्न जनजातिय समूह व उनकी स्वास्थ्य से सम्बन्धित समस्याओं की गम्भीरता ये अध्ययन करने की आवश्यकता है। आवश्यकता है कि विशेष रूप से कमजोर जनजातिय समूह का मानव–विज्ञान पद्धति द्वारा शोध किया जाये जिससे कि कुछ बुनियादी प्रथाओं के कारणों को समझा जाये, जैसे– सरकारी तन्त्र द्वारा दी गई स्वास्थ्य सुविधाओं में से जनजातिय समूहों में कौन सी स्वास्थ्य सुविधायें स्वीकार्य हैं और कौन सी ऐसी बेहतर स्वास्थ्य सुविधायें हैं जो उनके अपने जनजातिय स्वास्थ्य तन्त्र में मौजूद हैं जिसे वह जारी रखना चाहते हैं। इसी के साथ उनके पोषण की स्थिति एवं उनके स्थानीय भोजन व कृषी पद्धतियों को और अधिक जानने की आवश्यकता है।

गोड्डा जिले की भौगोलिक स्थिति को देखते हुए स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच घने जंगलों में स्थित जनजाति समुदाय तक मुश्किल है। नतीजन हमने यह देखा कि उन जनजातिय गाँवों में जहाँ महिलाओं को किसी भी प्रकार की प्रसव पूर्व जाँच नहीं मिली है उन्हें जे.एस.वाई व जे.एस.एस.के. के बारे में कुछ नहीं पता है और उन सभी के घरेलू प्रसव हुए है जिसमें कुछ की जान जाते–जाते बची व कुछ मातृ मृत्यु के केस भी सामने आये। हमने यह भी देखा कि विशेष रूप से कमजोर जनजातीय समूहों के गाँवों में ए.एन.एम. कभी नहीं आई है और किसी भी बच्चे कर टीकाकरण नहीं हुआ है।

झारखण्ड के गोड्डा जिले के तथ्यशोधन मिशन के मुख्य उद्देश्य इस प्रकार हैं–

- गोड्डा जिले के जनजातीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं व उनसे सम्बन्धित निर्धारकों जैसे कि पोषण के प्रभाव को ध्यान में रखते हुए मातृ स्वास्थ्य की स्थिति पर बेहतर समझ बनाना।
- जनजातीय क्षेत्रों में मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य व पोषण की बेहतरी के लिए प्रभावी वैकल्पिक रणनीतियाँ बनाना।
- जिम्मेदार रेखीय विभागों के सेवा व्यवस्था से सम्बन्धित सवालों के जवाब मांगना जिसमें, महिलाओं व लड़कियों में गम्भीर एनीमिया से निपटने के लिए प्रावधान मौजूद हों।

स्थानीय स्वास्थ्य केन्द्रों के भ्रमण, फ्रन्टलाइन कार्यकर्ताओं व ग्रामीणों के साथ दो दिन की बातचीत के बाद शोधकर्ताओं के अनुभवों के आधार पर हमारे कुछ निम्नलिखित सुझाव हैं–

क) अर्न्तविभागीय समन्वय
ख) जनजातीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए सुझाव
ग) समुदाय व स्वास्थ्य केन्द्रों के सेवा प्रदाताओं का पुनः अभिमुखीकरण
घ) स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के साथ पोषण सुविधाओं का एकीकरण
च) ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता व पोषण समिति के सदस्यों की क्षमतावृद्धि कर सामुदायिक निगरानी व जवाबदेही सुनिश्चित् करना।

क) अर्न्तविभागीय समन्वय

अर्न्तविभागीय समन्वय द्वारा यह सुनिश्चित् करना होगा कि जनजातीय क्षेत्रों के विशेष मुद्दों, खासतौर पर विशेष रूप से कमजोर जनजातीय समूहों की स्थिति पर इन विभागों जैसे– आई.सी.डी.एस.,

ग्रामीण विकास विभाग, वन विभाग, कृषि विभाग, शिक्षा विभाग आदि की जागरूकता बढ़े और आपसी तालमेल के साथ इस क्षेत्र की बेहतरी के लिए प्रयास करें। उदाहरण के तौर पर– सड़कों का निर्माण, पुलों का निर्माण, दूर दराजों के गाँव में वैकल्पिक माध्यमों द्वारा संचार को मजबूत करना, बेहतर शिक्षा, पानी एवं स्वच्छता की व्यवस्था को सुनिश्चित् करना।

इस तरह की चुनौतीपूर्ण स्थिति में सबसे अच्छा परिणाम तभी मिल सकता है जब **वन, कृषि, महिला एवं बाल विकास, जनजातीय विकास, ग्रामीण विकास और स्वास्थ्य विभाग** के कर्मचारी एक साथ मिलकर ठोस रणनीति बना कर विशेष रूप से कमजोर जनजातीय समूहों की स्थिति के सुधार के लिए काम करें। इसके साथ आवश्यकता है कि राज्य **स्वास्थ्य विभाग व स्वयं सेवी संस्थायें** साथ मिलकर इन जनजाति समुदाय तक स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच को सुनिश्चित् करें।

ख) जनजातीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए सुझाव–

1. विशेष प्रयास कर पर्याप्त रूप से **प्रशिक्षित स्टाफ** की नियुक्ति करना जिससे जनजातीय क्षेत्रों में उच्च स्तरीय स्वस्थ्य देखभाल की सेवाओं की उपलब्धता पहुँच व सामर्थ्य को सुनिश्चित् किया जाये (वर्तमान में कुछ ए.एन.एम. बी.पी. तक नहीं नाप पाती हैं, प्रशिक्षित डॉ. सिजेरियन ऑपरेशन नहीं कर पाते हैं)। इन क्षेत्रों में सेवा प्रदाताओं का सहयोग करने व मजबूत बनाने के लिए मोबाइल तकनीकी के तरीकों पर विचार किया जा सकता है।

2. **खून चढ़ाना** जो कि एक महत्वपूर्ण जीवन रक्षक सेवा है वह पूरे जिले में कहीं भी उपलब्ध नहीं है और जल्द से जल्द इसे जिला अस्पताल व प्रथम रेफरल यूनिट पर उपलब्ध कराना चाहिए।

3. अभी भी कई ऐसे क्षेत्र हैं जिन्हें स्वास्थ्य विभाग द्वारा चिन्हित नहीं किया गया है जिसके कारण टीकाकरण और प्रसव पूर्व देखभाल जैसी बुनियादी सेवायें भी वहाँ नहीं पहुँच पा रही हैं। विशेष रूप से दूरदराज व मुश्किल इलाकों के लिए **स्टाफ–जनसंख्या अनुपात** को दुबारा से देखने की आवश्यकता है। पूरी जनजातीय जनसंख्या तक सुविधायें पहुँचाने हेतू **स्वास्थ्य केन्द्रों व सेवायओं को बढ़ाने** की आवश्यकता है। जनजातीय इलाकों में काम करने वाले स्टाफ हेतू अतिरिक्त **प्रोत्साहन** राशि व संशोधित वेतन के ढ़ाँचें पर विचार करना चाहिए और उन्हें बेहतर आवासीय सुविधा व बेहतर स्वास्थ्य सेवा का बुनियादी ढ़ाँचा उपलब्ध कराना चाहिए।

4. स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का रवैया जनजातीय प्रथाओं व संस्कृति के प्रति संवेदनशील नहीं है जिसके कारण जनजातीय समूह के लोग स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ नहीं उठा पाते। स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ उठाने वाले समूह के लिए भाषा एक बहुत बड़ी समस्या है इस समस्या का निवारण आई.ई.सी. सामग्री व नवीन संचार माध्यमों के उपयोग द्वारा किया जा सकता है (नाटक, चित्र आदि।) सभी संस्थाओं में **24'7 सहायता डेस्क** का प्रावधान होना चाहिए जहाँ सवेंदनशील एवं **स्थानीय भाषा** का जानकार व्यक्ति बैठे जो जनजातीय प्रथाओं व परम्पराओं से परिचित हो व गर्भवती महिलाओं की मदद कर पाये।

5. विशेष रूप से **कमजोर जनजातीय समूह से निकली नर्सों** एवं स्वास्थ्य कर्मचारियों को विशेष प्रयास (छात्रवृत्ति) कर जोड़ना चाहिए जो वहाँ की स्थानीय भाषा बोलते हों। विशेष रूप से

कमजोर जनजातीय समूहों की साक्षरता दर बहुत कम है इसलिए जरूरत है कि शिक्षा विभाग इन इलाकों में स्कूल व नामंकन प्रक्रिया को मजबूत करने के लिए विशेष प्रयास करे।

6. सेवा वितरण व मानव संसाधन की तैनाती इस प्रकार की जाये ताकि सभी **सामान्य प्रसव** एस.बी.ए. (टी.बी.ए. भी हो सकती है) द्वारा **घर या उपकेन्द्र** में हो और केवल जटिलता वाले केस उच्च स्तर के केन्द्रों तक पहुँचे जो कि दवा, आवश्यक सामग्री, पर्याप्त प्रशिक्षित डॉ. से लैस हो; इससे हम स्वास्थ्य केन्द्र में सामान्य प्रसव के केसों से होने वाली भीड़ को कम कर सकते हैं।

7. दूर दराज के इलाकों में रहने वाले जनजातीय समुदाय को स्वास्थ्य सम्बन्धी योजनाओं, ए.एन.एम. आशा व आंगवाड़ी की भूमिका, मनरेगा आदि के बारे में कोई जानकारी नहीं है जिस कारण वे अपने अधिकारों की मांग नही कर पाते हैं। विशेष जोर देने की जरूरत है कि इस प्रकार की जानकारी आई.ई.सी. सामग्री द्वारा इन समुदायों तक पहुँचे। **दीवार लेखन, पोस्टर,** आपातकालीन स्थिति में उपयोगी नं0 की जानकारी का प्रचार प्रसार बड़े स्तर पर करना चाहिए जिससे ये जानकारी ग्रामीणों तक पहुँचे। **नुक्कड़ नाटक व सामुदायि रेडियो** सुविधा का प्रयोग दूरदराज के गाँव में अधिकारों की जानकारी देने हेतु व महिलाओं की जान बचाने हेतु करना चाहिए।

8. आधुनिक एलोपैथिक प्रणाली के साथ **जनजातिय चिकित्सीय प्रणाली** का एकीकरण करना चाहिए जिससे जनजातिय समुदाय द्वारा उसकी स्वीकृति बढ़े– हमें ये स्वीकार करने की आवश्यकता है कि जनजातिय समुदाय की संस्कृति अलग है और स्वास्थ्य प्रणाली के सरकारी ढ़ाँचे की स्वीकृति उनमें कम है। राजकीय स्वास्थ्य प्रणाली में अब तक आयुष की सुविधायें भी एकीकृत नहीं हो पाई हैं पर अब जरूरत है कि **अच्छी जनजातिय स्वास्थ्य प्रथायें एकीकृत** किया जाये। भारत में अलग अलग जनजातिय क्षेत्रों व उनकी स्वास्थ्य समस्याओं व उनके कारणों पर अध्ययन करने की आवश्कता है और ये देखने की आवश्यकता है कि अलग अलग जनजातीय समूह में किस प्रकार की स्वास्थ्य सेवाओं की स्वीकृति है। जनजातीय स्वास्थ्य सेवाओं के जानकारों को प्रशिक्षित कर उनकी सेवाओं को भी स्वीकृति देनी चाहिए। (परम्परागत प्रसव कराने वाली दाईयों का पुनः क्षमतावर्धन, घरेलू प्रसव सेवायें, गर्भपात सेवायें, लोक प्रथा व दवाईयों को मजबूत करना।)

9. **रेफरल की सेवायें** लचीली होनी चाहिए जिससे जरूरत की सेवाओं को समय रहते उचित केन्द्र पर उपलब्ध कराया जा सके। गाँव से सड़क तक की यात्रा डोली के माध्यम से की जाये परन्तु जटिलताओं के समय यह एक समस्या हो सकती है। रेफरल केन्द्र पर पहले से फोन किया जाये जिससे महिला के पहुँचने से पहले वो तैयार हो और पहुँचने पर बुनियादी तैयारियों में समय व्यर्थ न किया जाये। वर्तमान में **एम्बुलेन्स सेवा राज्य सीमा को पार** नहीं करती है परन्तु कभी कभी जीवन रक्षक देखभाल सेवायें सीमा के पार ज्यादा आसानी से उपलब्ध होती है; इसे बदलने की आवश्यकता है जिससे कीमती समय प्राईवेट वाहन की व्यवस्था करने में न नष्ट हो। इसी के साथ हर प्रसव व मृत्यु के बाद वापसी के लिए ममता वाहन उपलब्ध होना चाहिए।

10. लम्बे समय से स्थापित एन.आर.एच.एम. द्वारा दिए गए अधिकार अभी तक कुछ ही महिलाओं तक पहुँच पायें हैं। जरूरत है कि विभिन्न योजनायें जैसे– जे.एस.एस.के. / जे.एस.वाई / राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के लाभ वास्तविक लाभार्थी तक समय से पहुँचे। स्वास्थ्य सुविधाओं को और मजबूत होना चाहिए।

11. **मातृ मृत्यु समीक्षा** प्रक्रिया को स्वास्थ्य केन्द्र व समुदाय दोनो पर होना चाहिए जिसके बाद

सुविधाओं को बेहतर बनाने के लिए मातृ मृत्यु केसों का विश्लेषण करना चाहिए। प्रक्रिया से निकले **निष्कर्शों को साझा करना** चाहिए (स्वास्थ्य प्रणाली की बेहतरी के लिए न कि सिर्फ समुदाय/परिवार को मातृ मृत्यु का दोष देने के लिए) जिन परिवारों में मातृ मृत्यु हुई है उन्हें मुआवजा/बीमा का भुगतान किया जाना चाहिए (दण्ड के तौर पर एम.ओ.आई.सी. के वेतन से राशि का भुगतान किया जा सकता है।) जीवित शिशु के लिए तत्काल देखभाल सेवायें उपलब्ध कराई जायें।

12. इस सवाल पर ध्यान देने की आवश्यकता है कि क्यों विशेष रूप से कमजोर जनजातीय समूह की महिलाओं की किसी प्रकार के **गर्भ निरोधक के साधनों** तक पहुँच नहीं होगी? यह उनके प्रजनन अधिकारों का हनन है।

13. विशिष्ट जनजातीय बीमारियों जैसे कि– गर्भावस्था के समय **सिकल सेल, मलेरिया** पर जागरूकता और जाँच के लिए विशेष ध्यान दिया जाये व ऐसे मामलों का प्रबन्धन करने के लिए उचित प्रोटोकॉल बनाया जाये।

ग) समुदाय व स्वास्थ्य केन्द्रों के सेवा प्रदाताओं का पुनः अभिमुखीकरण

1. समुदाय की टी.बी.ए. या वे महिलायें जो प्रसव की प्रक्रिया में सहायता करती हैं उनमें से एस. बी.ए. प्रशिक्षण के लिए महिलाओं को चिन्हित् करना जिससे सामान्य प्रसव गाँव के अन्दर ही

हो सके। खतरों के लक्षण को चिन्हित् करना न कि सिर्फ प्रसव सहायकों को बल्कि समुदाय की महिलाओं को भी सिखाना चाहिए जिससे वे जागरूक हों और जटिल केसों को स्वास्थ्य केन्द्र तक ले जा सकें।

2. जटिल प्रसव के केसों को तुरन्त पर्याप्त प्रथम रेफर यूनिट तक पहुँचाने के लिए प्रशिक्षित सहयोगी स्टाफ से लैस 108 एम्बूलेन्स उपलब्ध हो।

3. फ्रन्टलाइन कार्यकर्ता जो कि स्थानीय समुदाय के होंगे उनके लिए प्रशिक्षण मॉड्यूल सरल हो जिससे उनकी पहुँच बढ़े (गुणवत्तापूर्ण प्रसव पूर्व जाँच, जटिल केसों को चिन्हित् करना, ब्लॉक स्तर पर ए.एन.एम. के साथ प्रसव पूर्व जाँच के आंकड़ो का विश्लेषण करना, कम से कम प्रसव पश्चात् 3 घरेलू भ्रमण)

4. जनजातीय क्षेत्रों में चयनित आशा या सहिया ज्यादातर पढ़ी लिखी नहीं होती हैं इसलिए यह सुनिश्चित् करना चाहिए कि प्रशिक्षण सामग्री में ज्यादा से ज्यादा चित्रों का प्रयोग हो, ऐसे स्वयं सेवकों का प्रशिक्षण अलग से हो जिससे मुद्दे पर गहन चर्चा हो सके, उनका आत्मविश्वास बढ़े और वे काम के दौरान आने वाली समस्याओं के बारें में बात कर पायें। इस प्रकार के प्रशिक्षण से यह सुनिश्चित् होगा कि उनकी मुद्दे पर समझ स्थापित हो गई है और उनका काम और बेहतर होगा।

5. आशा/ए.एन.एम. व समुदाय के स्वयं सेवकों की गतिशीलता बढ़ाना और मोबाइल तकनीकी का उपयोग (उपयुक्त आवासीय व्यवस्था, बुनियादी दवा व उपकरण, सोलर लाइट, परिवाहन व संचार की सुविधा)

6. ग्राम स्तर पर आशा/ए.एन.एम./आंगनवाड़ी की भूमिका व जिम्मेदारियों का स्पष्टीकरण करते हुए उनके द्वारा दी गई सेवाओं में समन्वय।

7. मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य के लिए स्वीकृत एवं समुदाय के अनुकूल विकल्पों को तलाशना जो कि अलग–अलग समुदाय के पारम्परिक लोक औषधियों व दाई प्रथा के दस्तावेजीकरण से मिल सकता है।

घ) स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के साथ पोषण सुविधाओं का एकीकरण

1. वी.एच.एन.डी. का आयोजन साप्ताहिक बाज़ार (हाट) के दिन को ध्यान में रखते हुए करना चाहिए। इसकी वजह से महिलाओं व बच्चों की उपस्थिति कम हो जाती है।

2. कई क्षेत्रों में वी.एच.एन.डी. केवल टीकाकरण दिवस बन कर रह गया है क्योंकि उस दिन कोई प्रसव पूर्व सेवा नहीं दी जा रही है। इस दिन को प्रभावी रूप से प्रसव पूर्व सेवा देने के

WH-110 15357 P14

CPHE - SOCHARA Koramangala Bangalore (CLIC) Health Library and Information

प्रयोग में लाना चाहिए जिससे कि महिलाओं में जटिलता के लक्षण को चिन्हित् किया जा सके। वी.एच.एन.डी. गर्भवती महिलाओं को प्रसव पूर्व सेवा देने का एक अच्छा मौका है और ए.एन.एम. को 5 प्रसव पूर्व जाँचों पर पुनः प्रशिक्षिण देने का मौका है।

3. गर्भवती, धात्री व किशोरियों को पूरक पोषण के रूप में स्थानीय स्तर पर उपलब्ध पोषक खाद्य पदार्थों के बारे में अध्ययन करके बढ़ावा देने की आवश्यकता है। यह भी समझना आवश्यक है कि जनजाति स्वास्थ्य प्रणाली में कौन सी स्वास्थ्य पद्धतियाँ है व उनमें से वे क्या अपनाये रखना चाहते हैं। उनके पोषक पदार्थों व कृषि पद्धतियों को भी ध्यान में रखने की आवश्यकता है। पूरक पोषाहार के रूप में बाहर से आये पैक खाने के बजाये वहाँ के स्थानीय समुदाय को प्रोत्साहित करना चाहिए कि **स्थानीय स्तर पर उपलब्ध पोषक पदार्थों** को प्रयोग कर खाना बनायें।
4. स्थानीय लोग पहले से ही वहाँ के मौसम के अनुसार दाल, अनाज व अन्य फसल उगा रहे हैं इस खेती को न्यूनतम सर्मथन मूल्य देकर प्रोत्साहित किसा जा सकता है और स्वयं सहायता

समूह के माध्यम से सार्वजनिक वितरण प्रणाली तक पहुँचाया जा सकता है (हमें पी.डी.एस. की कार्य पद्धति आई.सी.डी.एस. से बेहतर लगी।) आई.सी.डी.एस. या वी.एच.एस.एन.सी. के सदस्यों को **स्थानीय पोषक सब्ज़ियाँ** उगाने के लिए प्रोत्साहित करना चाहिए और इन सब्जियों को मिड–डे मील और सबला स्कीम जैसी योजनाओं तक पहुँचाना चाहिए जो बाहर से आये पैक खाने पर निर्भर हैं।

5. जनजाति क्षेत्रों में किशोरियों के सशक्तिकरण व शिक्षा के लिए सबला एवं उस जैसी व्यापक रणनीतियों की आवश्यकता है क्योंकि जनजाति समुदाय में जल्दी शादी व जल्दी गर्भधारण मातृ मृत्यु का सबसे बड़ा करण है।

च) ग्राम स्वास्थ्य स्वच्छता व पोषण समिति के सदस्यों की क्षमतावृद्धि कर सामुदायिक निगरानी व जवाबदेही सुनिश्चित् करना

1. गांव स्तर पर ए.एन.एम. द्वारा दी गई सुविधाओं की निगरानी और स्वास्थ्य प्रणाली द्वारा अलग–अलग स्तर पर दी गई सुविधाओं की निगरानी करना दोनो के सुधार के लिए आवश्यक है।

2. प्रशिक्षण लेने के बाद सहिया को गाँव में स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता बढ़ाने के लिए सक्रिय भूमिका निभानी चाहिए, उसे ग्राम स्वास्थ्य योजना तैयार करनी चाहिए और ग्राम सभा की बैठक के दौरान गाँव वालों के साथ अन्टाइड फण्ड के उचित उपयोग के सम्बन्ध में चर्चा करनी चाहिए।

3. समुदाय को ए.एन.एम. की भूमिका, स्वास्थ्य योजनाओं के बारे में व मनरेगा के बारे में किसी प्रकार की जानकरी नहीं है जिसके कारण वे प्रभावी रूप से अपने अधिकारों की मांग नहीं कर पाते हैं। आवश्कता है कि आई.ई.सी. सामग्री द्वारा इस जानकारी को उन तक पहुँचाया जाये।

4. हम जवबदेही तभी सुनिश्चित् कर सकते हैं जब समुदाय सेवा प्रदाताओं की भूमिकाओं के बारे में स्पष्ट हो और सेवा प्रदाता जवाबदेही सुनिश्चित् करने के महत्व को स्वीकारें। अगर सेवा प्रदाता जवाबदेही सुनिश्चित् नहीं कर रहे हैं तो समुदाय के साथ बातचीत की प्रक्रिया आवश्यक है जिससे कार्य में आने वाली बाधाओं या समस्याओं पर चर्चा हो सके। अगर बातचीत से मुद्दा नहीं सुलझता है तो जनसवांद करने की आवश्यकता है।

5. सामुदायिक भागीदारी को बढ़ाने के लिए समुदाय आधारित सेवाओं के प्रावधान को बढ़ाया जा सकता है (जैसे कि–पूरक पोषण के स्थान पर स्थानीय स्तर पर उपलब्ध पोषक खाद्य पदार्थों को बढ़ावा देना।)

अनुलग्नक 1

टीम के सदस्यों और उत्तरदाताओं का सूचीपत्र

टीम के सदस्यों के नामः– जशोधरा दासगुप्ता, अभिजीत दास, अजय लाल, देविका विस्वास, वासवी कीरो के साथ सौमिक बनर्जी और मो. सरफराज़ अली।

दिनाँक	दौरे का स्थान	लोग, जिनसे मुलाकात हुई	टीम के सदस्य
20 नवम्बर	नागरिक समाज बैठक, रांची (अनु. 2)	स्थानीय नागरिक समाज संगठनों के 15 सदस्य	पूरी टीम
	स्वास्थ्य सेवाओं के निदेशक और प्रमुख निदेशक, स्वास्थ्य से मुलाकात।	डा. सुमन्त मिश्रा, डा. प्रवीन चन्द्रा	जशोधरा और डा. अभिजीत दास
21 नवम्बर	एकजूट कार्यालय	सर्फराज और सौमिक	पूरी टीम
	राजस्व गाँव X का टोला A	समुदाय की महिलाएँ, सहिया और दायी	पूरी टीम
	राजस्व गाँव Y का टोला B.2	समुदाय के पुरूष, महिलाएँ	पूरी टीम
	सुन्दरपहरी ब्लाक का सी.एच.सी.	एम.ओ.आई.सी. और उनकी टीम (डी.पी.एम. ओ.,लैब तकनीशियन और अकाउन्टेन्ट)	पूरी टीम
22 नवम्बर	राजस्व गाव Z का C.2 टोला	समुदायक की महिलाएं और ग्राम प्रधान	सौमिक, अजय,वासवी और जशोधरा
	सदर अस्पताल गोड्डा	सिविल सर्जन	डा. अभिजीत दास और देविका
	महगमा एफ.आर.यू.	कर्मचारी, नर्स और दवा विक्रेता	
23 नवम्बर	स्वास्थ्य मंत्री का कैम्प कार्यालय, रांची	स्वास्थ्य मंत्री श्री राजेन्द्र प्रसाद सिंह	वासवी, डा. अभिजीत दास, जशोधरा और देविका

स्वास्थ्य केन्द्र	स्वास्थ्य अधिकारी/सेवा प्रदाता जिससे टीम ने बातचीत की
सुन्दरपहरी सी.एच.सी.	प्रभारी चिकित्सा अधिकारी, बी.पी.एम.ओ., लैब तकनीशियन, अकाउण्टेन्ट और दवा विक्रेता।
जिला अस्पताल गोड्डा	सी.एस. डा. प्रवीन राम, अस्पताल प्रबंधक श्री मुकेश, डा. (सुश्री) पुजा भगत, एम.ओ. आइ.सी. प्रभारी, डा. वनदेवी सहाय (प्रभारी स्त्री रोग विशेषज्ञ और एस.बी.ए. प्रशिक्षक, गोड्डा), अतिरिक्त सी.एम.ओ., जिला कार्यक्रम अधिकारी, यूनीसेफ और एन.आर.एच.एम. के जिला कार्यक्रम प्रबंधक।
महगमा सी.एच.सी. (स्थानीय एफ.आर.यू.)	श्री तरूण कुमार डे, क्लर्क, श्री परमेश्वर प्रसाद चौधरी, डाटा इन्ट्री सहायक और मातृत्व वार्ड, प्रसव कक्ष की प्रभारी नर्सें व अन्य कर्मचारी
फ्रन्टलाईन कार्यकर्ता	एक सहिया (झारखण्ड में आशा) का साक्षात्कार लिया गया।

अनुलग्नक 2

एस.डी.सी. रांची में नागरिक समाज के साथ बैठक– 20 नवम्बर 2013, दोपहर

देविका विस्वास के द्वारा तैयार रिपोर्ट

एन.ए.एम.एच.एच.आर. के तथ्य अन्वेशी दल की तरफ से एस.डी.सी. रांची में 20.11.2013 को एक बैठक बुलाई गई जिसमें मातृ मृत्यु और इससे सम्बंधित स्वास्थ्य मुद्दों पर दल की चिन्ता साझा की गई और उनसे जनजातिय स्वास्थ्य के मुद्दों पर बनाई गई दो अलग अलग समितियों के बारे में भी चर्चा की गई। उनमें से एक समिति एम.ओ.एच.एफ.डब्लू., भारत सरकार के अधीन डॉक्टर अभय नारंग के नेतृत्व में है. जबकि दूसरी पी.एम.ओ. के अधीन है, और दोनों ही समितियाँ जनजातिय स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के लिए जनता की राय और सलाह इकट्ठा कर रहीं हैं।

परेयाहाट और सुन्दरपहरी ब्लॉक से लगातार आती मातृ मृत्यु की खबरों के प्रकाश में इस समूह ने गोड्डा का दौरा करने का निश्चय किया, ताकि संथाल और पहरिया जैसे आदिम जनजातिय समूहों की बद्तर स्वास्थ्य परिस्थितियों के लिए जिम्मेदार कारणों का अध्ययन किया जा सके। इस सम्बंध में टीम ने नागरिक समाज संगठनों की एक बैठक बुलाकर प्रतिभागियों से फिडबैक लेने की कोशिश की और तथ्य अन्वेषण में जरूरी बातों को शामिल करने के लिए सलाह भी मांगी। सरायकेला, चक्रधरपूर, जमशेदपुर, रांची, लोहरदगा, गुमला, हजारीबाग, चतरा, रामगढ़, कोडरमा, पाकुड़, गोड्डा, देवघर, साहेबगंज और दुमका से कूल 20 प्रतिभागी इस बैठक में शामिल हुए। प्रतिभागीयों ने यह बताया कि गरीबी, कुपोषण, ए.एन.सी. सेवाओं की कमी और उदासीन व्यवस्था के कारण सभी जगहों से मातृ मृत्यु की खबरे आ रही हैं। इसके अलावा सेवा प्रदाताओं का व्यवहार भी मित्रवत नहीं रहता है। प्रतिभागियों ने यह भी बताया कि ममता वाहन के देर से आने अथवा नहीं आने, स्वास्थ्य केन्द्रों पर कर्मचारियों की कमी और उपचार प्राप्त करने में खराब सड़कों के कारण होने वाली देरी जैसे कारणों से लोगों को अपनी क्षमता से अधिक खर्च वहन करने के बाद भी जीवन से हाथ धोना पड़ता है। झारखण्ड में यह एक आम घटना है, लेकिन इन मौतों को रिकॉर्ड नहीं किया जाता और इसलिए मातृत्व मृत्यु समीक्षा नहीं की जाती। जिन मामलों में एम.डी.आर. होता है उनमें भी मौत के कारणों को ना तो रिकॉर्ड में शामिल किया जाता है और ना ही सुलझाया जाता है। अत्यधिक गरीब, कमजोर, सामाजिक और आर्थिक रूप से सुविधाहीन समुह सबसे ज्यादा नुकसान झेलते हैं। मातृ मौतों की खबर दबा ली जाती है और लोग भी इसके विरोध में संगठित नहीं होते। झारखण्ड का नागरिक समाज भी इस मसले पर एकजूटता और मजबूती की कमी से जूझ रहा है, और इसलिए अब तक कोई बड़ा अभियान नहीं छेड़ा जा सका।

समूह की तरफ से यह सलाह दी गई कि पारम्परिक चिकित्सा प्रणालियों के सन्दर्भ में विभिन्न समुदायों के बीच एफ.जी.डी. संचालित करने के दौरान निम्नलिखिल बिन्दुओं की जाँच जरूर की जाएः– पोषण (भोजन), विवाह की उम्र, प्रसव सम्बंधी प्रचलन और परम्पराएँ, मातृत्व स्वास्थ्य की

बेहतरी के लिए समुदाय आधारित व्यवहार और सहायता, टी.बी.ए. की भूमिका, समुदाय और परिवार के सदस्यों में जेण्डर सम्वेदनशीलता, घर, अस्पताल और प्रवास के दौरान मातृत्व स्वास्थ्य के प्रति महिलाओं में जागरूकता का स्तर। इसके अलावा सामान्य मुद्दे, जैसे खाद्य सुरक्षा, पी.डी.एस., आई. सी.डी.एस., पीने योग्य पानी, कुपोषण और रक्ताल्पता, मलेरिया, गर्भावस्था, बजटीय वितरण, परिवहन और सड़क। स्वास्थ्य सेवाओं से सम्बंधित मुद्दों की जाँच के सुझाव भी दिये गये, जैसे आशा की भूमिका, दूरदराज के क्षेत्रों में आशा को मिलने वाली प्रोत्साहन राशि, एम.ओ.आइ.सी., एफ.आर.यू., सन्दर्भन और इसका शिष्टाचार, आर.एम.पी. की भूमिका, सेवा प्रदाताओं का व्यवहार, ए.एन.सी. की गुणवत्ता, सभी उच्च जोखिम वाले मामलों की पहचान।

तथ्य अन्वेशी दल ने प्रतिभागीयों को यह आश्वस्त किया कि रिपोर्ट जल्द ही तैयार होगी और आज की बैठक में आने वाले सुझावों को एफ.जी.डी. और स्वास्थ्य कर्मियों/प्रदाताओं के साथ चर्चा में शामिल किया जायेगा।

	नाम	संगठन
1.	**देविका**	हेल्थ वॉच फोरम, बिहार/झारखण्ड
2.	**कल्यानी मीणा**	प्रेरणा भारती, देवघर
3.	**सिलवंती नाग**	महिला उत्प्रेरणा केन्द्र, हजारीबाग
4.	**नागेन्द्र कुमार**	
5.	**हुसैन ईमाम फातमी**	स्पार्क, रांची
6.	**इन्द्रमणी शाहू**	समर्पण, कोडरमा
7.	**साची कुमारी**	सी.एस.एस., रांची
8.	**पुष्पा शर्मा**	श्रृजन फाउण्डेशन
9.	**बिना सोनी**	अनुपम महिला चेतना समिति, हजारीबाग
10.	**समित कुमार**	रेस्टलेस डेवलेपमेन्ट, देवघर
11.	**जिया**	एकजूट, रांची
12.	**विकास**	
13.	**प्रियशिला**	सहेली अध्ययन केन्द्र, साहेबगंज
14.	**प्रवीर पीटर**	सोलिडेरिटी सेन्टर/जी.एल.आर.ई. सरनाटोली कद्रू
15.	**वासवी किरो**	हेडन और तोरंग ट्रस्ट, रांची
16.	**मन्सूर बख्त**	शारी, रांची
17.	**शाहिद नसीम**	शारी, रांची
18.	**जशोधरा दासगुप्ता**	सहयोग, उत्तर प्रदेश
19.	**अभिजीत दास**	सेन्टर फॉर हेल्थ एण्ड सोशल जस्टिस, नई दिल्ली
20.	**अजय लाल**	साथी, मध्य प्रदेश